

ANNALES DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

FONDÉES PAR A. DOYON

TROISIÈME SÉRIE

PUBLIÉE PAR

MM.

ERNEST BESNIER

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

A. DOYON

Médecin inspecteur des eaux d'Uriage.
Correspondant de l'Académie de médecine.

L. BROCCQ

Médecin de l'hôpital Broca-Pascal.

R. DU CASTEL

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

A. FOURNIER

Professeur à la Faculté de médecine.
Médecin de l'hôpital Saint-Louis.

H. HALLOPEAU

Médecin de l'hôpital Saint-Louis.
Membre de l'Académie de médecine.

G. THIBIERGE

Médecin de l'hôpital de la Pitié.

W. DUBREUILH

Professeur agrégé à la Faculté de Bordeaux.

AVEC LA COLLABORATION DE MM.

ARNOZAN, AUBERT, CH. AUDRY, AUGAGNEUR, BALZER, BARBE, BARTHÉLEMY, BRODIER, BROUSSE,
CHARMEIL, CORDIER, J. DARIER, ÉRAUD, FRÈCHE, GAILLETON, GAUCHER, GÉMY, HORAND,
HUDELO, JACQUET, JEANSELME, L. JULLIEN, L. LÉFÈVRE, LEREDDE, A. MATHIEU,
CHARLES MAURIAC, MERKLEN, MOREL-LAVALLÉE, L. PERRIN, PORTALIER, PAUL RAYMOND,
ALEX. RENAULT, J. RENAUT, R. SABOURAUD, P. SPILLMANN, TENNESON, VERCHÈRE, LOUIS WICKHAM

D^r G. THIBIERGE

DIRECTEUR DE LA PUBLICATION

PRIX DE L'ABONNEMENT ANNUEL :

Paris, 30 fr. — Départements et Union Postale, 32 fr.

TOME X

N° 2. — Février 1899

PARIS

MASSON ET C^{ie}, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

MDCCCXCIX

CLIN & C^{ie}

CAPSULES MATHEY-CAYLUS

à enveloppe mince de gluten,
essentiellement assimilable, très soluble.

TROIS TYPES PRINCIPAUX :

COPAHU et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, CUBÈBE et ESSENCE de SANTAL
COPAHU, FER et ESSENCE de SANTAL

INDICATIONS : **Blennorrhagie, Blennorrhée, Leucorrhée vaginale, Cystite et Catarrhe vésical.**

DOSE : Huit à dix Capsules par jour.

ÉLIXIR DÉRET

BI-IODÉ

Solution vineuse à base d'iodure double de Tanin et de Mercure.

Chaque cuillerée correspond à un centigr. de biiodure de mercure.

Ne provoque ni Hydrargyrisme, ni Diarrhée, évite, par la façon dont il est présenté, les soupçons de l'entourage.

DOSE : De une à deux cuillerées à soupe par jour.

Santal du D^r Clin

Capsules à enveloppe mince renfermant 20 centigr. de Santal d'une pureté absolue.

INDICATIONS : **Blennorrhagie aiguë ou chronique, Cystites et toutes inflammations des Muqueuses génito-urinaires, Leucorrhée vaginale.**

DOSE : De 8 à 16 Capsules par jour en augmentant progressivement.

CAPSULES et DRAGÉES de Bromure de Camphre

du Docteur CLIN

Par Capsule, 20 centigr. } Bromure
Par Dragée, 10 centigr. } de Camphre pur.

INDICATIONS : **Epilepsie, Hystérie, Chorée, Insomnies, Palpitations de cœur, Érections douloureuses, Spermatorrhée, Eréthisme du Système nerveux.**

DOSE : De 2 à 5 Capsules, de 4 à 10 Dragées.

CLIN & C^{ie} — F. COMAR & FILS (MAISONS RÉUNIES)
20, Rue des Fossés-Saint-Jacques, PARIS 385

IODOL

BREVET ALLEMAND N° 35130

Le meilleur succédané de l'iodoforme
Inodore et non toxique

S'emploie avec succès pour le traitement de **TOUTES LES MALADIES SYPHILITQUES**
l'ophtalmologie et toutes les opérations chirurgicales.

SEULS FABRICANTS : KALLE & C^{ie}, BIEBRICH-S-RHIN

Dépôt général chez **M. Reinicke**, Paris, 39, rue Sainte-Croix-de-la-Bretonnerie.

En vente dans toutes les Pharmacies

SYPHILIS GRANULES DARDEL à l'Arséniate de Mercure ASO^s 2 HGO HO

Dosés à cinq milligrammes

Ces granules sont préparés avec le plus grand soin, le flacon ne contient aucun prospectus, l'Étiquette ne porte pour toute désignation que la formule chimique des médicaments.

Dépôt : 3, rue Jacob

c
a
c
P
c
P
à
n
b

TRAVAUX ORIGINAUX

LE SOI-DISANT ECZÈMA SÉBORRHÉIQUE

Par le D^r Ch. Audry (de Toulouse).

Dans la langue médicale usuelle, et même dans la nomenclature dermatologique, la maladie que nous étudions ici est désignée le plus ordinairement par le terme d'« eczéma séborrhéique ». Je pense que cette dénomination peut consacrer des inexactitudes, et engendrer des obscurités. Les dermatologistes de profession ne peuvent guère être induits en erreur par une simple question de mots, et ils peuvent utiliser ces derniers, sans cependant y attacher une signification fausse. Mais ceux d'entre nous qui ont à faire de l'enseignement, et en particulier de l'enseignement élémentaire, se rendent bien compte des inconvénients inhérents à l'emploi de dénominations qui nécessitent sans cesse des correctifs. Il est désagréable de dire chaque jour à des étudiants : « Voici un malade qui présente de l'eczéma séborrhéique ; mais souvenez-vous que ce n'est là ni un eczéma, ni une séborrhée. » Il apparaît que ces restrictions ne sont pas faites pour leur fournir des idées claires. Je vais plus loin ; le vocable d'« eczéma séborrhéique » a nui et nuit encore à la connaissance de la maladie qu'il désigne auprès de personnes beaucoup plus instruites ; elles sont en effet amenées à croire qu'on veut englober, sous un terme générique, des cas trop nombreux et insuffisamment déterminés.

Un court historique de la question nous montrera que cette crainte n'a pas toujours été sans fondements. Pour le moment, tous nos efforts doivent tendre, non pas à étendre le domaine du soi-disant eczéma séborrhéique, mais bien à le restreindre, et à le circonscrire avec le plus de précision possible.

On lui a certainement octroyé bien des cas qui lui sont complètement étrangers, bien qu'ils puissent en être rapprochés par quelques côtés de morphologie ou d'étiologie accessoires. Ainsi, quand M. Hallopeau a parlé de pityriasis rubra pilaire à propos d'eczéma séborrhéique, et d'eczéma séborrhéique, à propos de lichen scrofulosorum, je ne suis pas assuré qu'il ait été bien compris. A chaque instant, nous trouvons dans le compte rendu de toutes les sociétés de dermatologie des présentations de malades accompagnées de discussions sur les rapports à établir entre le psoriasis et ledit eczéma séborrhéique. En réalité, ce ne sont pas des rapprochements que l'on doit maintenant s'efforcer d'établir, mais bien des distinctions.

Il ne faut pas que l'on puisse encore traiter l'entité morbide dont nous nous occupons de *caput mortuum*, où figurent pêle-mêle des débris des anciens eczémas et des séborrhées d'autrefois.

Ce qui précède a seulement pour but de montrer qu'il est ici nécessaire de faire table rase des données antérieures à ces toutes dernières années ; au moins voudra-t on nous excuser d'en agir ainsi. En fait, notre point de vue est déjà bien éloigné de celui de Unna même. Pour toutes ces raisons, peut-être devra-t-on donner un nom nouveau à une maladie nouvelle. Mais nous ignorons quelle dénomination définitive sera imposée par les acquisitions des observateurs futurs. Pour l'instant, on doit essayer de choisir le terme le moins mauvais et le plus clair. Mais auparavant, force nous est de résumer les principaux documents du procès. Nous serons ensuite mieux à même de choisir parmi les différentes appellations qui ont été proposées.

HISTORIQUE

En effet, elles sont déjà nombreuses, parce que les réflexions précédentes ont été suggérées et acceptées par plusieurs dermatologistes. La maladie en question est d'observation courante ; elle a toujours été connue, souvent décrite, parfois discernée. On retrouve son signallement parmi les données que Hebra a fournies relativement aux séborrhées. Les dermatologistes de l'école française, Bielt, Devergie, Gibert, donnent, des pityriasis et des lésions inflammatoires du cuir chevelu, des descriptions où il n'est pas facile de démêler exactement ce qui revient aux différentes mycoses, aux folliculites, à l'alopecie pityrode, à la séborrhée, à l'eczéma séborrhéique, mais où l'on peut, avec certitude, retrouver quelques traits caractéristiques de ce dernier.

Personne mieux que Rayet n'a eu le droit d'être compté parmi les précurseurs, quand il a indiqué les rapports qui existent entre le pityriasis du cuir chevelu et certaines poussées eczématiformes de la région, qui rentrent évidemment dans le cadre actuel ; de même il a très bien connu les localisations aux lèvres. Erasmus Wilson a positivement décrit les efflorescences sternales qu'il considérait comme formant son lichen circinatus. L'eczéma acnéique de Bazin, l'eczéma marginé de Hardy désignaient des modalités que nous connaissons bien. De même l'eczéma circinata de Payne ; Vidal, E. Besnier connaissaient, décrivaient, faisaient figurer ces mêmes formes élémentaires et les considéraient comme appartenant à l'eczéma : c'était l'eczéma flanelle. Mais d'un autre côté, Duhring, Liveing (*seborrhea corporis*) les signalaient en tant que manifestations de la séborrhée.

Ainsi, jusqu'à 1887 (et même un peu plus tard), les accidents que Unna allait englober dans son eczéma séborrhéique étaient parfaitement connus des cliniciens, qui les considéraient tantôt comme de l'eczéma, tantôt comme de la séborrhée.

A ce moment Unna fut vivement frappé des rapports qui existaient évidemment entre ces deux ordres de faits. Il songea dès lors qu'il s'agissait d'un eczéma développé secondairement à la séborrhée, et se mit en devoir d'étudier celle-ci, afin de montrer qu'elle était déjà elle-même une lésion cutanée inflammatoire diffuse, et non un simple trouble fonctionnel, ainsi que l'enseignait la tradition de Hebra. Les observations de Malassez, de Piffard, de van Harlingen, de Duhring, de Schuchardt prouvaient déjà que des productions grasses, farineuses, pityriasiformes, s'observaient sur le tégument, en particulier sur le cuir chevelu, dans des conditions anatomiques telles, que l'on ne pouvait en découvrir l'origine dans une altération des glandes sébacées, dont la sécrétion était diminuée ou impossible. Enfin Unna fut frappé de l'importance des lésions inflammatoires. Il en conclut qu'il fallait accuser les sudoripares, et il a donné une série de preuves qui montrent, qu'en effet, on peut trouver de la graisse dans la sueur, ou tout au moins en dehors de l'action des sébacées. En même temps, il étudiait l'anatomie pathologique de la lésion et essayait de la définir avec précision. Enfin, fortement préoccupé d'asseoir l'ensemble de sa conception sur une donnée étiologique absolue, il a essayé de rechercher les parasites, microbiens ou autres, qui devaient, à son avis, jouer un rôle fondamental dans la genèse des accidents: il en résulta ses travaux sur les bacilles-bouteilles, les morococci, la chimiotaxie, etc.

Actuellement, Unna a constitué, sous le nom d'eczéma séborrhéique, « un groupe dermatologique extrêmement étendu qui comprend : 1° des éruptions miliaires aiguës, premiers stades des eczémas séborrhéiques, les eczémas humides, les eczémas herpétiformes disséminés et plus ou moins symétriques en forme de plaques oédémateuses tuméfiées, avec groupe de vésicules, les eczémas intertrigos, les eczémas kératoïdes et fendillés, les eczémas professionnels, diverses formes graves généralisées et plusieurs érythrodermies exfoliantes pouvant durer des années et aboutir au marasme et à la mort ; 2° une série nombreuse d'affections prélevées, sur les genres dermatologiques les plus divers, toutes les séborrhées, à l'exception du vernis caséux et du flux huileux, les pityriasis, une partie du psoriasis, plusieurs variétés d'acné ». En un mot, Unna reconstitue, en l'étendant, l'ancien groupe eczéma au profit de la séborrhée.

Je dirai simplement que l'ensemble des travaux de Unna a une importance initiale fondamentale, mais que ma manière de voir est assez différente de la sienne. Je pense et je répète qu'il faut restreindre et non étendre le cadre du soi-disant eczéma séborrhéique. Je crois enfin, qu'à l'heure actuelle, nous sommes encore obligés de nous appuyer, avant tout, sur l'observation clinique et que l'anatomie pathologique et la bactériologie ne nous ont jusqu'à présent fourni que des données accessoires.

Dès le début, les travaux de Unna ont suscité de vives controverses.

En général, les contradicteurs, tout en reconnaissant la réalité de la plupart des faits annoncés, furent frappés surtout de la cohésion clinique d'un grand nombre des faits agminés dans la nouvelle description. Mais tous ont été préoccupés : 1° de diminuer l'importance attribuée aux constatations anatomiques, et par conséquent le rôle de la séborrhée, celle-ci n'apparaissant plus que comme un facteur étiologique et non comme un premier état de la maladie elle-même ; 2° d'opérer une sélection nouvelle et plus rigoureuse parmi les observations invoquées.

D'abord, on a montré que l'hyperstéatose cutanée n'avait pas l'importance fondamentale qu'Unna lui accordait ; elle manquait souvent même d'une manière absolue. Darier m'écrivait : « l'épiderme corné de l'eczéma séborrhéique est certainement moins riche en graisse que la couche cornée normale. » La célèbre coupe reproduite dans l'atlas de Vidal et Leloir n'a pas paru convaincante. Beatty, qui admit volontiers la nature inflammatoire de la séborrhée, n'accepta pas les propositions de Unna, relatives au rôle des sudoripares dans la production de la graisse cutanée : l'osmium ne lui avait pas montré de graisse dans ces glandes, et il ne pouvait croire qu'il existât un rapport entre la fonction sudoripare et le tissu graisseux sous-cutané.

Un élève d'Arnozan, Grénet, n'a pas trouvé que la graisse fût augmentée à la surface du tégument présternal chez les individus porteurs d'efflorescences d'eczéma séborrhéique. Enfin, Ledermann et Barlow ont montré que l'osmium était réduit par le pigment de la peau humaine, ou du moins par quelques-uns de ces pigments ; plus récemment Dreysel avance que cette même réduction de l'osmium pourrait être opérée par des substances intra-épidermiques, qui ne sont ni la graisse, ni même un pigment. Enfin, j'ai vu moi-même de l'eczéma séborrhéique se développer sur des territoires cicatriciels où il ne pouvait plus exister aucune espèce de glande. Dubreuilh avait déjà fait une semblable remarque à propos de l'eczéma séborrhéique de la lèvre. On peut donc conclure que, anatomiquement et physiologiquement parlant, rien n'autorise à voir dans l'hyperstéatose et dans la séborrhée une condition nécessaire et fondamentale du soi-disant eczéma séborrhéique.

Cliniquement, mêmes critiques. Brooke, dès l'abord, refusa de noyer dans les eczémas la séborrhée pure. Neisser, en 1892, élimina au contraire nettement l'eczéma séborrhéique du groupe des eczémas, et proposa de l'isoler complètement sous le nom de mycose séborrhéique. Breda partage cette opinion aussi bien que Schwimmer, Leloir, etc. En 1893, j'ai exposé aussi précisément que possible des principes tout à fait analogues, et je proposai alors d'appeler dermatose

de Unna, la maladie connue sous le nom d'eczéma séborrhéique et qui ne devait être confondue ni avec les eczémas ni avec la séborrhée.

Je suis revenu dans le même terme, sur la même question, dans un travail plus étendu en 1894 (1). Je reconnais du reste volontiers, tout en le regrettant, que l'on n'a guère approuvé la dénomination que j'avais proposée.

Au contraire, la notion du parasitisme a été facilement accueillie. On a vu cette impression traduite par le terme de mycose séborrhéique de Neisser. D. Bulkley l'admettait aussi en le considérant comme une « épidermite desquamative psoriasiforme parasitaire » (2). A la Société de dermatologie de Vienne même (mai 1896) Lang, H. von Hebra, Schiff, Ehrmann, Ulmann reconnaissaient, sans difficulté, l'existence d'un eczéma parasitaire mycosique où la séborrhée pouvait faire défaut (3). Dès 1893 Török avait compris et exposé la question d'une manière très comparable à celle de Neisser.

Quant au travail de M. Leredde, « l'Eczéma, maladie parasitaire », il ne paraît pas nous avoir fourni des indications utiles, non plus d'ailleurs que la critique qu'en vient de faire Török : la raison en est facile à comprendre; il en sera constamment ainsi aussi longtemps que l'on voudra noyer, dans le magma clinique de l'eczéma, l'entité circonscrite que nous avons en vue.

Beaucoup d'autres travaux ont paru sur le même sujet; on les retrouvera indiqués au courant du texte. J'indique seulement ici les pages récentes de Besnier (dans le *Traité de thérapeutique* de A. Robin), une série de notes d'Hallopeau, etc. Récemment, Brocq a formulé ses idées actuelles touchant l'eczéma séborrhéique; elles sont semblables aux nôtres (4); mais il propose un autre nom : celui de *séborrhéite*.

Il distingue : des séborrhéites pityriasiformes, — circinées, — acnéiformes, — des plis avec ou sans eczémation, — psoriasiformes, lichénifiées ou eczématisées. Depuis lors, il a remplacé le mot de séborrhéite par celui de séborrhéide.

Voici maintenant notre manière de voir :

1° La maladie n'est pas un eczéma; je prie qu'on se reporte aux articles

(1) *Annales de Derm. et de Syph.* 1894, p. 76.

(2) *The amer. Journal of med. Sciences*, mai 1892.

(3) On trouve des renseignements utiles dans l'article de Philippson (*Annales de dermatologie*, 1893, p. 686); mais il ne faut le consulter qu'avec réserve et critique.

(4) On voudra bien me permettre de le citer ici : « ... les faits complexes décrits sous le nom d'eczémas séborrhéiques doivent... être considérés comme constituant un grand et très important groupe morbide. Cette idée appartient surtout à Unna qui l'a le premier formulée, mais en laissant à ces dermatoses le nom d'eczéma et en n'en précisant pas assez les contours. Le dermatologiste qui l'a ensuite le mieux défendue, c'est incontestablement M. Audry, qui a réclamé, pour ces faits, le nom de dermatose de Unna et a déclaré avec la dernière netteté qu'il ne pouvait les regarder comme étant de véritables eczémas ... » *Presse médicale*, 6 mars 1897.

fondamentaux de E. Besnier : le mot « eczématisation », avec sa signification clinique, physiologique et anatomique, est destiné à le remplacer bien souvent. A coup sûr, si on doit le conserver au profit d'une affection tégumentaire quelconque, ce n'est pas en faveur d'une altération où l'eczématisation fait défaut dans plus de la moitié des cas.

Néanmoins, on peut conserver cette notion de l'eczématisation, parce que cette eczématisation est une complication extraordinairement fréquente de la maladie : il est rare qu'à une période quelconque le sujet porteur ne présente pas des lésions suintantes ou croûteuses, qui prennent pour lui une importance prédominante.

2° La séborrhée n'est pas une condition nécessaire de la maladie ; il y a des séborrhées inflammatoires stables et permanentes qui n'ont rien à voir avec elle (séborrhéides syphilitiques, hydrargyrie séborrhagique, séborrhéides eczémateuses, pyoépidermites séborrhéiques, etc.).

Mais d'autre part, la séborrhée apparaît comme un phénomène clinique macroscopique, antécédent ou secondaire, d'une si haute importance qu'il conserve une supériorité évidente sur tous les autres. Il est difficile de réfuter Elliott, quand il insiste sur la coexistence de l'alopecie séborrhéique ; le fait est souvent exact ; mais le rôle de la séborrhée dans cette alopecie est infiniment moins démontré. (Cf. trav. de Sabouraud.)

On a cependant conservé ici l'appellation vicieuse d'eczéma séborrhéique ; il y a eu pour cela plusieurs raisons : 1° elle est universellement répandue ; 2° elle est, à cause de cela, suffisamment claire ; 3° nous n'en avons pas de meilleure à proposer, et nous attendons que les recherches expérimentales de l'avenir nous permettent de définir la maladie par le nom de son agent encore inconnu (1).

Ainsi, nous étudions sous la dénomination d'ECZÉMA SÉBORRHÉIQUE *une maladie de l'épiderme, complètement autonome et circonscrite, bien définie dans les 4/5 des cas au moins, maladie vraisemblablement spécifique et parasitaire, inoculable et contagieuse, bien que l'agent n'en ait pas encore été suffisamment déterminé.*

DIVISION

Si nous considérons dans leur ensemble les faits cliniques qui peuvent et doivent être réunis dans le cadre de l'eczéma séborrhéique, nous voyons qu'on peut les diviser comme il suit :

- Il existe : 1° des formes pures régulières ;
- 2° des formes anormales ;
- 3° des cas compliqués.

(1) J'emploie aussi comme synonyme, également provisoire, le terme de séborrhéide eczématisante. Mon indifférence complète, vis-à-vis de la nomenclature actuelle, me permettra au moins d'éviter des répétitions désagréables.

Parmi les premières on peut établir les distinctions suivantes :

- a) faits simples caractérisés par la présence d'éléments éruptifs autonomes et spécifiques : la tache, la plaque ;
- b) ces mêmes faits surchargés d'eczématisation.

Dans les secondes se range :

- a) les eczémas séborrhéiques à marche aiguë et à forme érythémato-vésiculeuse ;
- b) les variétés lichénifiées ;
- c) les variétés psoriasiformes ;
- d) la variété érythrodermique.

Quant aux complications, elles sont très généralement d'origine externe et de nature septique.

Il nous a paru, pour le moment, plus sage de classer les cas érythémato-vésiculeux et les érythrodermies, parmi les formes anormales. L'avenir dira ce que valent ces distinctions, posées ici dans le seul but de faciliter la description et de préciser les contours extérieurs.

SYMPTOMES

Essentiellement la maladie est chronique ; nous étudierons d'abord ses manifestations elles-mêmes, puis les modifications que peuvent leur imprimer les différentes localisations qu'elle affecte.

Accident élémentaire : la tache. — En réalité, la séborrhéide eczématisante ne possède pas de lésion élémentaire caractéristique ; il faut principalement se fier à l'ensemble des caractères objectifs et utiliser les renseignements qu'il est possible d'obtenir. Cependant, on peut, dans une certaine mesure, ramener à un certain type l'ensemble des traits.

Le caractère clinique primitif et fondamental de la séborrhéide eczématisante réside dans l'existence d'une lésion inflammatoire fixe et stable. C'est donc la rougeur qui apparaît d'abord, bientôt plus ou moins modifiée. Généralement, le tégument sur lequel elle apparaît présentait antérieurement des anomalies : état brillant, gras, pityriasiforme de l'épiderme, en apparence plus ou moins hyperstéatosé, parfois complètement normal. Mais l'état séborrhéique, le plus accusé, ne suffit pas à constituer à lui seul la maladie, il faut en effet constater des stigmates d'inflammation appréciables cliniquement et fixes.

Cette inflammation présente, dans sa manière d'être et surtout dans sa façon d'évoluer des caractères qui la distinguent d'autres érythèmes susceptibles de se greffer sur la séborrhée ; il y a des séborrhéides inflammatoires qui ne font nullement partie de l'eczéma séborrhéique (1).

(1) Unna distingue les formes élémentaires simples et les *synanthèmes* formés par la réunion de plusieurs éléments. Les premiers sont : coloration jaune de la peau

C'est donc la rougeur qui est le premier accident de la séborrhéide eczématisante; elle apparaît comme une petite tache hyperhémique, fine et persistante, capable de se modifier dans sa forme, sa couleur, etc.

Je pense que cette rougeur est un signe nécessaire, et que les taches jaunes de la séborrhée ne rentrent pas dans notre cadre. Les taches rouges sont fort petites au début; on les voit parfois réduites à la dimension d'une tête d'épingle, disséminées sans ordre sur le cuir chevelu, le tégument présternal, etc.; elles sont arrondies, faiblement limitées; il y a peu ou point d'infiltration, à peu près point de saillie: la lésion est tout à fait superficielle et s'efface momentanément à la pression ou sous une lame de verre.

Leur couleur est un peu spéciale, d'un rouge tirant sur le jaune fauve, parfois brillante. En général, elles s'accompagnent de démangeaisons peu intenses, intermittentes, assez souvent nulles; elles peuvent naître, s'installer et s'étendre sans entraîner le moindre prurit.

La tache n'est pas toujours dans sa période d'état quand on a l'occasion de la voir. Quelquefois, on constate seulement l'existence de macules brunes qui semblent être le résidu des efflorescences érythémateuses et sur lesquelles les symptômes d'inflammation franche ont disparu ou se dissimulent. Ces macules ne sont pas d'observation courante; il ne faut pas les confondre avec les taches franchement séborrhéiques, légèrement saillantes, d'aspect gras.

J'ai vu ces macules couvrir complètement le dos de quelques malades; elles représentent un stade de guérison d'ordinaire spontanée et ne s'accompagnent d'aucune altération épidermique.

Ordinairement les taches érythémateuses de l'eczéma séborrhéique sont disséminées sur un épiderme sain. Quand à l'épithélium qui les recouvre, si elles sont très récentes, il ne présente presque aucune modification, tout au plus une très légère desquamation; mais rapidement, celle-ci se développe: tantôt la desquamation devient blanche, lamelleuse, écailleuse même; tantôt il se produit un exsudat brun, adhérent, sec, sale.

Dans un certain nombre de cas, la tache devient un peu saillante et aboutit à de fines papules rouges, très peu infiltrées, faciles à effacer. On peut dire que la papule est une forme d'exception; la lésion offre une tendance à s'étendre en superficie, et non en profondeur. Plus rarement encore, la lésion affecte une forme difficile à reconnaître et d'ailleurs fort importante: celle d'une papule psoriasiforme. Cette dernière est petite, ronde, bien limitée, saillante, sans rougeur

plaques hyperhémiques, plaques squameuses. Les secondes comprennent: un type circonscrit, un type pétaloïde, un type nummulaire, un type annulaire, un type concret. (concrétions grasses sur base inflammatoire).

au pourtour. Elle se recouvre de squames blanches, brillantes, nacrées, larges, adhérentes : ces squames sont un peu épaisses ; elles se détachent sous l'ongle, et laissant une surface fauve, lisse, brillante, mais qui d'ordinaire ne saigne pas, et n'offre pas habituellement la surface légèrement chagrinée de la papule psoriasique. Cette desquamation n'apparaît que sur des papules déjà constituées ou en larges placards ; elle n'est pas prépapuleuse. Les localisations sont les mêmes que dans le cours des psoriasis : on les voit surtout au niveau des coudes et des genoux, quelquefois dans le sillon interfessier, à la nuque. Rarement, elles réalisent de véritables placards ; quelquefois, elles finissent par aboutir à une sorte de lichénification. C'est le plus souvent en retrouvant ailleurs des altérations bien caractérisées de séborrhéide eczématisante qu'on puisse affirmer le diagnostic. C'est d'ailleurs un point sur lequel nous aurons à revenir (1).

A un degré de développement plus avancé, les taches s'étendent, se réunissent par les bords et arrivent à constituer de véritables surfaces qui conservent l'allure générale, la couleur d'un rose fauve, presque jaune au centre, et les mêmes modifications de surface, luisantes et pityriasiques. Mais on n'observe pas encore de croûtes. Les phénomènes érythémateux sont accusés sur les bords qui tracent sur la peau saine des dessins plus ou moins figurés et serpigneux. Plus rarement, on constate à leur pourtour une rougeur peu intense, diffuse, et qui rend moins précises les limites ordinairement si nettes des lésions ; nulle part une telle modalité ne se voit mieux qu'aux sourcils et autour des ailes du nez ; c'est une forme de transition entre la séborrhéide eczématisante authentique et quelques variétés de séborrhéide érythémateuse simple.

La plaque. — Le caractère essentiel de la plaque, celui qui permet de la différencier d'avec la tache, c'est l'existence d'un certain degré d'infiltration qui se traduit souvent par un léger relief de la lésion.

Le relief en question s'accuse sur le rebord de l'efflorescence ; la plaque atteint son développement le plus élégant et le plus typique sur la région présternale (lichen circiné de E. Wilson). Elle est alors formée par une zone marginale rosée, très peu surélevée mais à pic

(1) Dans le fascicule de janvier 1899 de l'*Arch. f. Derm. u. Syph.* Bd XLVII p. 69, Torök commence un article : *Die Seborrhea corporis (Duhring) und ihr Verhältnis zur Psoriasis vulgaris und zum Eczem.* Il termine ainsi : « Nous nous croyons autorisé, en nous appuyant sur les précédentes démonstrations, à conclure que la seborrhea corporis de Duhring n'est autre chose qu'un psoriasis à localisation atypique, d'une faible intensité. » Les observations qu'il donne sont pour nous des cas types d'eczéma séborrhéique. C'est dire que notre manière de voir est inverse de la sienne. L'avenir décidera, car nous n'avons pas actuellement, la moindre envie de nous ranger de son avis.

sur la peau saine et qui se dégrade au contraire vers le centre; ce dernier a une coloration jaune ou brune. Si la plaque est très étendue, le tégument semble revenir à l'état normal dans le centre. L'épiderme peut être gras, terne ou brillant, ou pityriasique, recouvert de squames friables, d'aspect sale.

Lorsque les plaques se rencontrent, elles arrivent à décrire des segments de cercle plus ou moins élégants. Quelquefois, principalement au cuir chevelu et sur les bords de ce dernier, l'activité du processus inflammatoire s'accuse uniquement sur les bords représentés par un relief ou un bourrelet à peu près aussi saillant par rapport au centre de la plaque que par rapport à la peau saine avoisinante. Ainsi se constitue la couronne séborrhéique (Unna).

Eczématisation. — Dans les cas que nous venons de décrire, il n'y a point de traces d'une altération susceptible d'être considérée comme une modalité quelconque d'eczématisation; mais si l'on est autorisé à considérer comme eczématisée une surface recouverte de croûtes persistantes et récidivantes, parfois suintantes, plus rarement papuleuses et entourées d'élévures papuleuses, il arrive fréquemment que la tache et la plaque se surchargent d'eczématisations.

Les plaques se recouvrent de croûtes; ces croûtes sont sèches, minces, feuilletées, blanchâtres ou brunes, assez adhérentes; si on les racle, elles laissent apparaître un épiderme épaissi, érodé et humide, quelquefois tout à fait sec. On a ainsi de vastes placards croûteux qui revêtent sensiblement l'apparence de l'eczéma chronique traditionnel. Ce sont des surfaces d'étendue variable, d'un rouge fauve sur les bords revêtus de squames et de croûtes qui débordent parfois sur la zone limite. L'infiltration sous-épithéliale est d'ordinaire très peu prononcée et, sauf accidents inflammatoires, il n'existe presque pas d'épaississement cutané. Leur distribution est tout à fait irrégulière; on les rencontre souvent sur le ventre, le dos, le thorax, plus rarement sur les cuisses; ils se développent avec élection sur les jambes, les avant-bras, la face dorsale des mains. Les contours en sont nets, les linéaments figurés, serpigineux, comparables à de très anciennes trichophyties ou à certaines vieilles syphilides. Le prurit manque souvent complètement.

Je répète, que, en règle générale, le suintement est peu prononcé s'il existe, que les formations papuleuses y sont très mal venues, et que l'érythème de voisinage manque ou se trouve très pauvrement développé. En un mot l'eczématisation est encore rudimentaire et comme avortée.

Mais il existe des cas assez nombreux et beaucoup plus obscurs que les précédents. L'eczématisation y prend une importance considérable et durable. Tantôt elle s'étend à toutes les efflorescences, tantôt elle se limite à une seule. On voit ainsi des malades présenter

dans les lieux d'élection du tronc et des membres des altérations qui évoluent normalement et guérissent par le soufre, tandis que la face, par exemple, présente des poussées successives et subintrantes de rougeur, de gonflement et de suintement plus ou moins séborrhagiques. Il peut arriver que de tels accidents se généralisent. Ainsi, le type authentique de la maladie arrive à disparaître; est-ce là un eczéma séborrhéique modifié ou compliqué? Une seconde maladie, ou mieux un second syndrome presque exanthématique est-il venu se greffer sur la première affection? On ne peut se dissimuler que le cachet de parasitisme, d'extériorité de la maladie se réduit alors à son minimum et finit par disparaître.

En réalité ces faits sont pour moi encore tout à faire obscurs. Ce sont eux qui gênent dans la délimitation à opérer d'avec les anciens eczémas, de même que d'autres cas relient étroitement la dermatose de Unna avec le psoriasis. Ce sont, en un mot, des formes de passage, de transition telles que Brocq les signale à la périphérie d'autres syndromes. Un seul caractère spécial leur reste: la rareté ou l'absence de la papulation; je puis dire aussi que l'on doit considérer comme rares les cas où cette ambiguïté est réellement affirmée.

FORMES ANORMALES

Les formes anormales de l'eczéma séborrhéique sont aussi nombreuses que les manifestations régulières. Mais il faut avouer qu'elles sont beaucoup moins connues et sensiblement plus difficiles à reconnaître. Dans le plus grand nombre des cas, elles s'associent encore à des lésions du type habituel qui permettent de les déterminer.

De ces diverses manifestations anormales, les unes représentent des formes aiguës, les autres des variétés chroniques.

a) *Formes aiguës.* — Nous n'envisageons point comme leur appartenant les eczémas séborrhéiques auxquels se surajoutent des accidents impétigineux; ces derniers doivent être étudiés en même temps que les complications. Mais il existe des *eczémas séborrhéiques à marche aiguë et à forme érythémato-vésiculeuse* au cours desquels la suppuration fait défaut ou ne survient que tardivement, et n'acquiert jamais la valeur d'un caractère.

En l'espace de quelques heures, et sous l'influence de causes occasionnelles quelconques (froid, écart de régime, infection, etc.), on voit apparaître un érythème plus ou moins étendu. Cet érythème est d'un rouge vif, carminé, particulièrement intense sur les bords qui sont comparables à certains bourrelets érysipélateux. L'œdème est très peu prononcé: mais l'infiltration est assez accusée; le tégument est tendu. Presque toujours la limite est dessinée d'une manière très nette, rarement on retrouve au pourtour quelques élevures papuleuses larges et molles. Sur la limite, et un peu en dedans, il existe un cercle de fines

vésicules brillantes contenant un liquide jaunâtre ; ce dernier se concrète bientôt en une substance grasse, dorée, tout à fait mélicérique ; jamais on n'y voit de pus ; il n'y a qu'un suintement peu abondant et très passager et qu'on ne peut comparer à celui d'une poussée d'érytématisation vaso-motrice de la face. Ces poussées aiguës ont presque toujours pour centre et pour point de départ une région auriculo-temporale ou une aile du nez. Sur les membres et le tronc, l'apparence change un peu ; l'infiltration est plus intense, quelquefois on voit des poussées aiguës limitées à une partie d'un vaste placard enseveli sous les squames pauvres en produits d'exsudation.

Très rarement, on observe des cas où l'eczéma séborrhéique aigu grave arrive à se généraliser d'une manière complète. Nous reviendrons plus tard sur ces variétés quand nous aurons à nous occuper des eczémas séborrhéiques de l'enfance.

Notons dès maintenant que les papules, les papulo-vésicules dont nous avons indiqué la rareté dans les eczémas séborrhéiques aigus de l'adulte s'observent plus souvent chez les enfants et en particulier chez les nourrissons.

b) *Formes lichénifiées.* — Elles sont exceptionnelles. J'ai signalé leur existence il a 4 ans : j'avais rencontré chez un homme de 50 ans un certain nombre d'efflorescences en placards occupant la région dorsale et lombo-sacrée où elles étaient disséminées ; c'étaient des plaques infiltrées, revêtues d'une sorte de croûte très blanche, fine, rugueuse, ichtyosiforme, comme papillomateuses, très sèches et tellement adhérentes qu'on ne pouvait les arracher avec l'ongle ; elles étaient semblables à des plaques de lichen corné ; mais elles étaient entourées d'un liseré fauve, et on pouvait reconnaître la véritable nature de l'affection grâce à la présence d'autres éléments dont la physionomie se modifiait progressivement et insensiblement jusqu'à offrir l'aspect de la plaque la plus typique et la plus banale mais fortement pityriasique.

M. Brocq a soigneusement étudié les formes lichénifiées. Je les ai depuis lors rencontrées un certain nombre de fois ; on les rencontre presque exclusivement au niveau du bourrelet que forment les téguments de la région occipitale chez des individus un peu gras. En pareil cas, il existe une infiltration froide et dure des téguments qui est remarquable, les croûtes sont fines, le tégument grenu, coloré en rose, et la lésion offre une ténacité extraordinaire.

Le passage de ces formes lichénifiées, aux variétés psoriasiformes que nous allons étudier, s'opère naturellement grâce à l'existence de cas où l'on rencontre, au niveau de l'olécrâne, et quelquefois au pourtour de la région mastoïdienne, des surfaces infiltrées revêtues de squames blanches, brillantes et sèches, mais adhérentes et d'un gris sale, sans papules environnantes. Comme les précédentes, ces lésions

offrent une stabilité et une résistance extrême une fois que l'inertie des porteurs les a laissées s'installer.

c) *Variétés psoriasiformes.* — Dès le début, Unna a montré qu'il fallait distraire un certain nombre de cas de soi-disant psoriasis pour les octroyer à l'eczéma séborrhéique. Si l'on parcourt les comptes rendus de différentes sociétés de dermatologie d'Amérique, d'Angleterre, de France, d'Allemagne, on trouve à chaque instant la mention de malades que l'on présente à la réunion afin qu'il soit établi de suite, s'il s'agit d'un psoriasis ou d'un eczéma séborrhéique ; régulièrement d'ailleurs, les uns adoptent une manière de voir à laquelle les autres restent opposés. En fin de compte, il en existe plusieurs. Les uns, avec Unna, réclament carrément pour l'eczéma séborrhéique, un grand nombre de faits qu'ils considèrent comme rattachés à tort au psoriasis ; d'autres admettent la simultanéité de l'une et l'autre maladie ; d'autres pensent qu'il n'y a peut-être pas de distinction réelle à établir entre les deux maladies ; enfin un certain nombre conservent au psoriasis tous ces faits douteux.

On peut dire qu'il y a des cas où ce diagnostic est impossible à établir sur le champ ; mais il est certain qu'il existe des variétés d'eczéma séborrhéique capables de revêtir presque complètement l'apparence du psoriasis ; on ne peut les connaître et les reconnaître que si l'on a eu occasion de suivre les malades, pendant plusieurs mois et même plusieurs années. Au cours du temps, on voit survenir des modifications ou des complications qui ne laissent pas de doute sur la nature réelle de la maladie.

Nous aurons à préciser le diagnostic différentiel avec le psoriasis. Voici quelques-uns des caractères positifs de l'eczéma séborrhéique psoriasiforme et en quoi il diffère des variétés habituelles.

Il affecte d'abord des localisations particulières : cuir chevelu, sourcil, coude et genou, mais il peut se rencontrer partout. Il s'accompagne toujours de squames blanches, brillantes, à état gras. Il arrive qu'en les détachant on détermine l'apparition d'une rosée sanguine comme dans le psoriasis ; mais souvent aussi on découvre ainsi simplement un tégument rosé peu ou pas infiltré.

Il est remarquable que les formations papuleuses sont, comme toujours, rares et mal développées : ce sont le plus ordinairement de véritables placards assez étendus où se trouvent disséminées, çà et là, quelques croûtes jaunâtres, plus épaisses ; il n'y a pas de prurit. Parfois, on découvre des traces de suintement récent au-dessous des squames. Presque toujours on voit en même temps des altérations beaucoup plus typiques et qui se relient aux précédentes par des formes de transition.

Il est très rare que ces variétés, en apparence si sèches, n'aient pas présenté à un moment donné des complications impétigineuses et suintantes, localisées ou généralisées.

d) *Variétés érythrodermiques.* — Elles sont rares, graves, et importantes à connaître. C'est également Unna qui les a signalées et en a compris et montré l'importance au point de vue général. On rencontre des malades qui présentent un eczéma séborrhéique extrêmement étendu et accompagné de phénomènes aigus assez intenses. On se trouve alors en présence de vastes surfaces de peau, envahies par une vive rougeur, quelquefois fauve ou jaunâtre au centre et dont les limites sont nettement et élégamment indiquées. Leur point de départ existe dans une des zones d'élection habituelle : la face, le cou, la poitrine, en sont le siège le plus fréquent. Mais alors, les régions ne sont pas prises en nappe continue, et il persiste des surfaces de réserve. Ce ne sont pas là des variétés que l'on puisse qualifier d'érythrodermiques.

Les érythrodermies qui résultent de l'extension et du développement externe de l'eczéma séborrhéique sont plus difficiles à reconnaître ; il est utile, sinon nécessaire, d'avoir pu suivre les malades assez longtemps pour saisir l'existence de lésions caractéristiques. Les symptômes sont alors la rougeur vive, rose, ou fauve, étendue à la presque totalité du corps en une nappe ininterrompue. La rougeur disparaît à la pression en laissant subsister la couleur jaunâtre des érythèmes anciens et très prononcés. Elle s'accompagne d'une infiltration très prononcée, tendue, résistante, amenant un épaissement notable des plis de la peau dont les stries et les sillons normaux sont également approfondis. Il y a très peu de croûtes et de suintement, sauf dans les points où les téguments sont en contact. En revanche on constate une desquamation blanche, pityriasiforme, adhérente, abondante ; ces squames se reproduisent très vite quand elles ont été détachées par le bain ou tout autre moyen. Ce sont bien là les cas que Unna appelle pityriasis rubra séborrhéique ; en pareil cas, le prurit est tenace, intense, inaccoutumé. La maladie présente une gravité considérable à cause de sa résistance à tous les traitements. Unna a bien insisté sur l'importance de ce fait, qu'en général l'affection se généralise de haut en bas, et se guérit de bas en haut. Pour ma part, je ne l'ai pas vue absolument totale : l'érythrodermie ne dépassait pas la moitié des deux cuisses. Il faut la distinguer des formes aiguës généralisées par l'absence de papules et de suintement, la marche lente et progressive et l'existence d'une infiltration plus intense et plus mince, moins œdémateuse.

COMPLICATIONS

Parmi les différentes variétés d'eczéma séborrhéique que nous avons décrites, il est vraisemblable que plusieurs d'entre elles représentent de véritables complications ; en d'autres termes, on peut admettre que des accidents externes ou des modifications internes ont procuré des aspects spéciaux à l'affection primitive. Nous l'avons déjà fait pressen-

tir en ajoutant que nous n'étions cependant pas encore suffisamment informés pour fournir au sujet des données précises. Ainsi, nous avons considéré l'eczématisation comme une manière d'être, une étape du soi-disant eczéma séborrhéique ; il y a cependant de fortes chances pour que l'eczématisation résulte de l'action d'agents extérieurs greffés sur des lésions initiales. Mais nous avons pu nous permettre d'en agir ainsi en déclarant que nous tenions, avant tout, à donner une description clinique suffisamment expressive.

Mais il est impossible de ne pas consacrer quelques lignes aux faits d'ailleurs nombreux, où l'on voit des infections extérieures pyogènes, authentiques et évidentes, se superposer à une efflorescence de début ou à de vieilles lésions persistantes et chroniques.

Ces complications sont essentiellement impétigineuses au sens traditionnel de ce mot. Elles se manifestent par l'apparition du pus et de pustules, accompagnées des accidents inflammatoires habituels, rougeur ; et, en même temps s'accumulent les croûtes grasses et infectées, tout cela se voit souvent chez les enfants. Ce sont des cas dont la physionomie originelle est singulièrement modifiée par la violence de ces accidents pyogènes surajoutés. Quant à l'importance, à la rareté de ces derniers, elle est clairement démontrée par ce fait que la présence des poux joue souvent un rôle efficace dans la provocation de ces formes, qu'on retrouve d'ailleurs fort bien chez l'adulte. Dans tous les cas, aussitôt qu'on aura décapé soigneusement le tégument recouvert de croûtes sales, noirâtres, épaisses, imbibées de pus, on retrouvera sans difficulté l'apparence habituelle à l'eczéma séborrhéique vulgaire. On verra alors que, parmi les eczémas impétigineux traditionnels et même parmi les impétigos, un certain nombre relèvent réellement de l'eczéma séborrhéique auquel les staphylocoques sont venus apporter des modifications violentes.

Après cela, on n'aura donc pas à s'étonner si, en parcourant la thèse de Roland (Paris, 1882) sur les complications lymphatiques dans les affections eczémateuses, on s'aperçoit que l'eczéma séborrhéique peut s'accompagner souvent d'adénites plus ou moins importantes et dont la localisation est, bien entendu, subordonnée à celle de l'altération cutanée.

Je dois rappeler que j'ai publié l'histoire d'une malade qui, consécutivement à des poussées subintrantes d'eczéma séborrhéique, vit se développer un éléphantiasis des 2 jambes ; cet état éléphantiasique persista plusieurs années ; il était cependant presque guéri après 18 mois d'enveloppement quand la malade succomba à une tuberculose généralisée, à marche chronique, dont je n'ai pas hésité à chercher un des facteurs dans l'existence prolongée de cette dermatose, ici singulièrement grave, prolongée et débilitante. (A suivre.)

SOCIÉTÉ FRANÇAISE DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE

SÉANCE DU 9 FÉVRIER 1899

PRÉSIDENCE DE M. ERNEST BESNIER

SOMMAIRE. — Ouvrages offerts à la Société. — A l'occasion du procès-verbal : Sur l'alopecie consécutive à l'emploi des rayons X, par M. J. DARIER. (Discussion : MM. BROCC, DARIER.) — Herpès cataménial. Erythème polymorphe récidivant, par M. LEREDDE. — Sur un cas de molluscum contagiosum confluent de la jambe, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. BALZER.) — Tuberculides acnéiformes, par MM. BALZER et MONSSEAUX. (Discussion : MM. LEREDDE, BALZER, GASTOU, DARIER, DUBOIS-HAVENITH, CRÉQUY, BARTHÉLEMY, HALLOPEAU.) — Dermatite hémorragique des saillies articulaires des doigts, par M. DU CASTEL. (Discussion : MM. LEREDDE, DANLOS, BROCC, DARIER, DU CASTEL.) — Angiomes de la face, des mains et de la langue, survenus à un âge avancé, par M. DU CASTEL. (Discussion : M. BROCC.) — Mal de Pott syphilitique de la colonne cervicale, par MM. FOURNIER et LOEPER. — Syphilome ou épithéliome buccal ? par MM. HALLOPEAU et TOSTIVINT. — Féminisme chez un géant, par M. HALLOPEAU. (Discussion : M. FOURNIER.) — Sur un nouveau cas d'érythrodermie prémycosique, par MM. HALLOPEAU et TOSTIVINT. — Notes sur un cas de lèpre (forme mixte), par M. J. BERNARD. — Glossite syphilo-épithéliomateuse phagédénique, ulcéreuse ; mort par hémorragie de la linguale gauche ; cancer et gommès de la langue, intégrité des ganglions, hypertrophie des glandes sous-maxillaires ; lésions viscérales : congestions et dégénérescences parenchymateuses, par MM. GASTOU et FOURNIER. (Discussion : M. FOURNIER.)

Ouvrages offerts à la Société.

S. ANZA. — Appunti di sifilide ereditaria e da allattamento. Ex. : *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898.

D. BULLEY. — Hereditary syphilis. Extr. : *Journal of the American medical Association*, 1898.

— On the treatment of deficient excretion from kidneys not organically diseased. Extr. : *New-York medical Journal*, 1898.

E. GAUCHER. — *Traitement de la syphilis*, 1899.

GAUCHER et BARBE. — Des syphilides zoniformes. Extr. : *Presse médicale*, 1897.

GAUCHER et SERGENT. — Anatomie pathologique et pathogénie de l'acné varioliforme. Extr. : *Archives de médecine expér. et d'anatomie pathologique*, 1898.

P. COLOMBINI et P. PASQUINI. — Dell' azione dell' ioduro di rubidio sul sangue dei sifilitici. Extr. : *La Riforma medica*, 1898.

P. COLOMBINI. — Il protargol nella cura della uretrite acuta blennorragica. Extr. : *Atti della R. Acad. d. Fisiocritici*, Siena, 1898.

— Bacteriologische und experimentelle Untersuchungen ueber einen merkwuendigen Fall von allgemeiner gonorrhoeischer Infektion. Extr. : *Centralblatt f. Bakteriologie*, etc., 1898.

A L'OCCASION DU PROCÈS-VERBAL

Sur l'alopécie consécutive à l'emploi des rayons X.

Par M. J. DARIER

La présentation du malade de MM. Balzer et Monsseaux, à la dernière séance, a donné lieu à une intéressante discussion dans laquelle les orateurs ont soulevé la question de l'utilisation des rayons X en dermato-thérapie ; on a demandé en particulier si l'alopécie radio-électrique était passagère ou définitive.

J'ai dit à ce propos que, au cours des expériences faites avec MM. Oudin et Barthélemy sur des cobayes et des lapins, j'avais été frappé du peu de constance des résultats au point de vue de la production de l'alopécie que nous cherchions à obtenir ; sur des animaux soumis aux rayons X, dans les mêmes conditions, tantôt nous avons obtenu la dépilation, tantôt celle-ci a manqué.

J'ai ajouté qu'au point de vue de la repousse, on observe également des variations considérables. Chez l'homme on a vu généralement la repousse se faire après un certain temps. Chez nos cobayes, la tendance à la repousse, qui s'était manifestée au début, n'a pas persisté.

L'un d'entre eux (le n° 2 de notre mémoire du Congrès de Moscou) vivait encore le 12 janvier ; par une curieuse coïncidence, il est mort spontanément ce même jour où j'ai parlé de lui. A l'autopsie je n'ai trouvé aucune lésion macroscopique des viscères ; mais voici son cadavre conservé, et vous pouvez voir sur sa hanche et sa cuisse gauche que la tache alopécique a persisté pendant les 20 mois de la survie, en conservant à peu près les même dimensions.

Comme M. Leredde, j'avais eu la pensée qu'on pourrait utiliser l'épilation radio-électrique pour le traitement de la tondante, et j'ai même adressé, dans ce but, un malade à M. Oudin ; en constatant cette alopécie persistante chez mon cobaye, j'ai interrompu l'expérience et renoncé à mon projet.

M. BROCCQ. — S'est-on servi, dans les expériences que vient de citer M. Darier, de rayons obtenus avec la bobine de Ruhmkorff ? Ceux que l'on obtient avec la machine statique paraissent plus inoffensifs pour la peau ; ils n'ont pas d'effet épilatoire.

M. DARIER. — Nos expériences ont été faites avec la bobine de Ruhm-

korff. Je rappelle à ce propos, l'opinion émise par d'éminents physiciens, pour qui l'action nuisible des rayons sur les téguments est due, non pas aux rayons X eux-mêmes, mais à d'autres rayons qui leur sont associés.

M. Brocq. — La machine électro-statique ne donne, en effet, que les rayons X ; elle supprime ainsi l'action des rayons associés dont parle M. Darier.

Herpès cataménial. Érythème polymorphe récidivant.

Par M. LEREDDE.

Les recherches que j'ai poursuivies sur les altérations sanguines dans la dermatose de Duhring, l'herpès gestationis, le pemphigus végétant m'ont démontré le rôle pathogénique de ces altérations dans la genèse de certaines affections cutanées. Depuis plusieurs mois j'ai poursuivi leur étude dans d'autres maladies de la peau. Une série d'observations que je communiquerai successivement à la Société de dermatologie me permettront de démontrer qu'elles ont une importance considérable.

La malade que j'ai l'honneur de présenter aujourd'hui est atteinte d'une affection cutanée qu'on doit classer dans le groupe de l'érythème polymorphe : depuis près de vingt ans, elle présente presque toujours, au moment de ses règles, une *éruption herpétique* sur la face, et presque tous les mois également, apparaissent sur les mains des *plaques* et des *papules d'érythème*. De temps à autre on constate sur les membres inférieurs une *éruption purpurique*.

L'origine de l'herpès, de l'érythème et du purpura s'explique par la présence d'altérations sanguines manifestes.

OBSERVATION. — M^{me} K..., plumassière, 33 ans. Bonne santé dans l'enfance. A l'âge de 15 ans, la malade a présenté, pour la première fois, une éruption vésiculeuse sur la face. Depuis cette époque, elle offre tous les mois des éruptions semblables, et qui ne diffèrent que par leur intensité. A 15 ans et demi, un mois après la mort de son père, qui avait provoqué une vive émotion, survint une éruption sur les mains, très prurigineuse, éruption analogue, d'après la description de la malade, à de l'urticaire. Cette éruption fut suivie de douleurs articulaires généralisées ; le rhumatisme dura cinq mois et demi ; la malade fut soignée à l'hôpital Tenon ; on aurait constaté, à cette époque, une lésion cardiaque.

Depuis, la malade présente, quatre ou cinq fois par an, des poussées d'érythème sur les mains, durant une huitaine de jours, associées aux éruptions vésiculeuses de la face.

Parfois, à la suite de fatigues, elle observe sur les membres inférieurs des taches rouge sombre, analogues à des piqûres de puce. Ce purpura s'accompagne d'un léger œdème et de sensations de courbature très marquées.

Les muqueuses sont toujours restées indemnes.

Depuis deux mois, elle se plaint d'une sensation de prurit persistant au niveau des mains. Jamais elle n'a souffert de prurit sur le reste du corps.

De temps à autre, la malade ressent des douleurs articulaires qui atteignent les poignets, les épaules, les cou-de-pied. Ces douleurs surviennent irrégulièrement, parfois elles ont été assez vives pour forcer la malade à rester au lit ; l'an dernier, elle est restée couchée trois mois, avec de la fièvre, les jambes et les poignets enflés. Mais elle mangeait bien, n'avait pas de sueurs abondantes ; la figure ne fut pas décolorée à la suite.

Souvent, la malade éprouve des sensations de fièvre et une sensation de chaleur au niveau des mains.

Enfin, elle se plaint fréquemment de céphalalgie.

Le début des accidents a précédé de trois ans la menstruation, qui s'est faite à 18 ans. Depuis que M^{me} K... est mariée, les règles, autrefois un peu irrégulières, sont devenues exactement périodiques. Pas d'enfants, ni de fausses couches.

La malade saigne facilement des gencives, mais n'a jamais eu d'épistaxis, d'hémoptysies ni d'hématémèses ; pas d'hémorroïdes.

Elle est sujette à des bronchites, toujours passagères. A l'auscultation, on trouve quelques irrégularités du rythme respiratoire, dans toute la poitrine.

Les battements du cœur sont réguliers ; on trouve à la base un souffle très doux qui a tous les caractères d'un souffle extra-cardiaque. Malgré l'absence de lésion cardiaque et de lésion pulmonaire importante, la malade éprouve, assez souvent, des douleurs au niveau de la région cardiaque, elle souffre de palpitations et, à l'occasion d'efforts, elle a des accès d'oppression, éprouve un besoin d'air, la respiration est gênée pendant quelques minutes. Ces phénomènes dyspnéiques sont surtout prononcés au moment des poussées d'érythème.

Pas de troubles gastriques. Constipation habituelle.

Il existe depuis deux ans une rétroversion utérine, pour laquelle la malade porte une ceinture.

La rate est normale.

Il n'existe pas d'adénopathies cervicales, axillaires, ni inguinales.

Urines normales, à part la présence d'une assez grande quantité d'urohématine.

Caractères de l'éruption cutanée. 29 décembre 1898. — La malade est venue à l'hôpital Saint-Louis, au cours d'une poussée éruptive qui date de deux ou trois jours. L'éruption a été précédée par des douleurs de tête ; elle s'est annoncée par l'apparition de plaques d'un rouge violacé, formées de vésicules confluentes au niveau des joues, plaques sans contour net, accompagnées d'un gonflement intense. Subitement est apparue sur les joues une éruption vésiculeuse ; on constate six placards, l'un à un travers de doigt au-dessous de l'angle externe de l'œil droit, deux dans l'axe de la fente buccale du côté droit, un à l'extrémité du nez, un au milieu de la joue gauche, un autre enfin un peu en arrière et au-dessous du précédent, à un travers de doigt au-devant de l'oreille.

La plupart des vésicules sont, aujourd'hui, passées à l'état lactescent, d'autres sont desséchées, remplacées par des croûtes. Mais on observe

encore des vésicules naissantes, qui paraissent profondes à leur origine. Autour de la première plaque herpétique, on trouve une zone d'œdème congéstitif qui envahit une partie de la face.

12 janvier. Depuis quatre jours, la malade présente sur les mains des lésions d'érythème polymorphe; les mains sont gonflées, les saillies érythémateuses sont noyées dans l'œdème universel. La figure est extrêmement rouge, les paupières sont gonflées. Mais on ne trouve pas de vésicules d'herpès. Pas de purpura.

19 janvier. La figure est rouge, vultueuse, on ne constate pas d'herpès.

26 janvier. La malade tousse légèrement, elle est très gênée pour respirer, elle a des sensations d'étouffement la nuit. Quelques vésicules d'herpès sur la lèvre supérieure. La face est toujours extrêmement rouge. Le 4 février, la malade se trouve bien, la figure présente une coloration normale.

• Les points intéressants de cette observation clinique sont :

1° La durée extraordinaire des accidents cutanés, qui se continuent sans interruption depuis l'âge de 15 ans.

2° L'association des lésions d'herpès de la face, d'érythème sur les mains, de purpura sur les membres inférieurs, de phénomènes d'œdème et de congestion associés à ces lésions, surtout accentués au niveau de la face.

3° L'existence, sans lésions cardio-pulmonaires importantes, de sensations de dyspnée *qui paraissent reconnaître la même origine que les accidents cutanés.*

4° La présence de douleurs articulaires, associées aux accidents cutanés.

Le rapport de ceux-ci avec les règles n'est pas, d'après ce que j'ai constaté, aussi net que l'affirme la malade. Il ne s'agit pas d'un herpès exclusivement cataménial. Mais les règles sont certainement une des causes déterminantes des poussées. Quelques-unes peuvent se développer à la suite d'émotions, de colères, de chagrins.

Observation hématologique.

Je résume les détails de l'examen du sang dans le tableau suivant :

	29 DÉC.	5 JANV.	12 JANV.	19 JANV.	4 FÉV.	MOYENNE
Globules rouges.	4.500.000	5.816.000	4.544.000	5.644.000	non fait	4.016.000 (anémie légère)
Globules blancs..	8.100	5.800	7.500	6.450	non fait	7.000
Hémoglobine.						
méth.deMalassez	11.50	11.50	non fait	11.25	non fait	11.4
Polynucléaires %.	60.—	62.79	56.—	66.3	59.7	61.—
Mononucléaires						
et lymphocytes %	31.7	28.46	32.—	25.9	31.9	30.—
Eosinophiles %...	5.3	5.75	4.66	3.6	3.6	4.60
Formes non classées.....	3.—	3.—	7.3	4.2	4.8	—.— (le cinophille)

Je passe sur la légère diminution des globules rouges, sur la diminution de l'hémoglobine, et je signale seulement les très faibles poussées de leucocytose. Le nombre des globules blancs est, à certains jours, plus élevé chez cette malade qu'il ne l'est chez un individu sain.

Les chiffres fournis d'une part, par le taux des polynucléaires; de l'autre, par le taux des mononucléaires et des lymphocytes réunis n'ont, pris isolément, rien d'anormal, mais l'addition de ces chiffres montre que sur cent globules blancs, on ne trouve en moyenne que 91 cellules des types polynucléaire, mononucléaire et lymphocyte, au lieu de 98 à 99 p. 100.

Il existe chez la malade une éosinophilie légère et constante.

Le fait principal que met en évidence le tableau ci-dessus est la présence de formes non classées, que l'on trouve toutes les fois qu'on examine le sang de la malade et dont le nombre s'est élevé à 7, 3 p. 100 le 12 janvier, au moment d'une poussée d'érythème.

Sous cette dénomination, formes non classées, je comprends des éléments de deux types, semblables à ceux que j'ai vus dans le cas d'hématodermite iodopotassique que j'ai présenté à la Société, en novembre 1898, c'est-à-dire des cellules dont le noyau formé d'un réseau chromatique grossier, paraît nu, mais où l'on trouve, à distance, un fin piqueté acidophile et des cellules formées d'un réseau chromatique ténu, irrégulier, sans protoplasma visible.

Mais si l'on étudie le sang, après coloration par des couleurs basiques, on trouve des lésions nouvelles et encore plus remarquables.

Les polynucléaires présentent, en immense majorité, un aspect normal; il n'en est pas de même des mononucléaires (il est très rare de trouver, sur des préparations suffisamment étalées, des cellules dont le noyau très colorable occupe la presque totalité, c'est-à-dire des lymphocytes).

Parmi ces mononucléaires, très peu sont identiques aux mononucléaires du sang normal : 15 p. 100 seulement. Le tiers des mononucléaires environ est formé de cellules à noyau généralement ovalaire et central, parfois séparé du protoplasma par une auréole claire extrêmement fine et d'un protoplasma à granulations basophiles serrées, surtout à la périphérie de l'élément. Parmi ces cellules, il en est quelques-unes plus volumineuses, où le noyau est plus clair que le protoplasma, ce sont des éléments que l'on observe dans la moelle osseuse (Dominici).

Enfin le reste des mononucléaires, 50 p. 100 environ, est formé de cellules, à noyau clair, dont le protoplasma, clair également, se condense en une trainée sombre à la limite, ou de cellules très volumineuses, dont le protoplasma présente un réticulum fin, et qui ont un noyau

contourné en boudin, assez clair, rappelant les noyaux de myéloplaxes.

Enfin, j'ai vu deux ou trois éléments contenant un noyau ou deux noyaux extrêmement colorables, et dans leur protoplasma quelques granulations basophiles, très inégales, certaines très volumineuses. Ces éléments sont des cellules de la moelle osseuse; M. Dominici m'en a montré sur des préparations, et considère que ce sont des formes de transition entre les mononucléaires et les polynucléaires. Elles n'ont jamais, à ma connaissance, été signalées dans le sang: depuis que mon attention a été attirée sur elles, je les ai trouvées également dans le sang d'une malade atteinte de pemphigus foliacé et d'une femme atteinte d'érythème polymorphe récidivant, que M. Balzer doit présenter à la Société.

En résumé, parmi ces éléments il en existe un grand nombre qui peuvent venir de la moelle osseuse; l'état du sang est différent de celui qu'on trouve dans les cas de réaction purement ganglionnaire, et par exemple de lymphadénie.

Je me suis étendu sur les détails de cet examen; ils démontrent suffisamment, je pense, l'existence d'altérations du milieu sanguin. Et, quelle que soit l'origine des cellules anormales qui sont en telle abondance dans le sang, qu'elles viennent de la moelle osseuse, des ganglions ou de la rate, ce qui est certain, c'est qu'il s'agit d'éléments dont la présence sur les préparations implique un état pathologique.

Qu'il y ait une relation de cause à effet, entre les lésions sanguines et l'affection cutanée, cela ne me paraît pas douteux. Il m'est impossible de déterminer quelle est, chez la malade, la cause des lésions du sang; le fait important est, à l'heure actuelle, qu'elles existent et que pour rechercher l'origine de la dermatose, il faut chercher à remonter à l'origine d'une affection sanguine.

A un point de vue non dermatologique, il convient enfin d'insister sur l'existence, chez la malade, de phénomènes pseudo-rhumatismaux, coïncidant avec la présence de cellules ostéomédullaires dans le sang: coïncidence remarquable qui a un intérêt dans le problème de la pathogénie des polyarthrites chroniques.

Sur un cas de molluscum contagiosum confluent de la jambe,

Par M. HALLOPEAU.

Les éléments de molluscum contagiosum sont, dans la très grande majorité des cas, isolés: cependant on a publié plusieurs faits dans lesquels ils se sont réunis en masses confluentes: il en était ainsi dans ceux d'Albert, de Vidal et de Kaposi; dans ces deux derniers, ces masses étaient énormes et multiples: on voit sur l'image qu'en a donnée

Kaposi, que tout le cuir chevelu, les deux joues, le menton et la plus grande partie des membres supérieurs avaient, dans son fait, été envahis par ces tumeurs.

Chez la malade que nous avons l'honneur de vous présenter, les lésions sont beaucoup moins étendues : elles diffèrent cependant des cas classiques par leurs localisations et leur confluence.

M^{me} Thiv..., 69 ans. Les premiers boutons ont apparu il y a 3 mois à la partie postéro-interne du mollet gauche ; ils s'y sont rapidement multipliés. On y constate aujourd'hui un groupe de nombreuses élevures, les unes isolées, les autres confluentes. Chacune de ces élevures, de forme hémisphérique, de couleur rosée, ne s'affaissant nullement sous la pression du doigt, dure au toucher, présente, dans sa partie centrale, une dépression punctiforme oblitérée par une masse que l'on peut faire sortir par la pression. Cette masse, translucide et grisâtre, est caractéristique du *moluscum contagiosum*.

L'examen microscopique y décèle la présence des corpuscules qui appartiennent en propre à cette dermatose.

Le diamètre des plus petites élevures est d'environ 2 millimètres : celui des plus grosses que l'on peut voir isolées, atteint 5 millimètres. Les plus petites forment un relief d'environ 2 millimètres. Les plaques confluentes se présentent sous divers aspects : dans les unes, semblables à des grappes de raisin, les éléments initiaux sont encore distincts ; dans la plus grande, qui mesure 5 centimètres transversalement, sur 3 centimètres et demi verticalement, les éléments sont complètement confondus en masses à contours irréguliers dont le plus grand diamètre atteint 1 centimètre et demi. Celles-ci sont séparées par des sillons irréguliers, profonds, sinueux, de sorte que leur aspect rappelle celui de certains *nævi frambœsioides*.

Le relief de ces masses confluentes est d'environ 3 millimètres. Elles se détachent nettement de la peau saine.

La nuit, elles sont le siège de démangeaisons.

Au premier abord, cette affection simule un *nævus vasculaire frambœioïde* ; mais il suffit d'un examen un peu attentif pour y reconnaître l'existence des dépressions punctiformes avec issue de la substance caractéristique. Comme phénomène anormal, nous signalerons les sensations de prurit nocturne qu'accuse la malade ; d'ordinaire cette éruption est tout à fait indolente. Quel traitement convient-il d'employer ici ? D'ordinaire nous évacuons le contenu de chaque bouton pour en modifier et détruire ensuite l'élément parasitaire, en badigeonnant sa cavité à l'aide de la pointe d'une allumette finement taillée et imprégnée de teinture d'iode ; dans ce cas particulier, en raison du nombre considérable des éléments éruptifs, cette pratique ne laisserait pas que d'être longue et pénible ; or, nous voyons que chez son malade, Kaposi a obtenu une guérison rapide par des lavages avec le savon vert, et des applications successives d'emplâtre savonneux salicylé,

d'onguent sulfureux de Wilson et d'acide borique : nous nous proposons d'employer ici cette médication.

M. BALZER. — J'ai un fait analogue, où l'acné varioliforme se présentait sous la forme d'une tumeur, un peu moins volumineuse que celle qu'on voit ici. Cette tumeur siégeait à la région cervicale ; elle fut extirpée par M. Quénu, et l'examen histologique confirma le diagnostic.

Tuberculides acnéiformes.

Par MM. BALZER et MONSSEAUX.

Obs. I. — Catherine J..., 29 ans, blanchisseuse, vient consulter à l'hôpital Saint-Louis, pour des nodosités qu'elle présente aux doigts, aux mains et aux avant-bras, depuis environ onze mois. Ses parents, son frère, ses trois sœurs sont bien portants. Une de ses sœurs est morte d'affection cardiaque.

Elle-même n'a jamais été malade, mais elle est sujette aux bronchites pendant l'hiver ; chaque année, elle contracte ainsi une ou deux bronchites avec expectoration abondante, mais qui d'ailleurs évoluent et guérissent rapidement. Jamais elle n'a craché de sang.

Elle est également sujette à des éruptions furonculeuses discrètes, sur les fesses et la partie supérieure des cuisses. Pas de syphilis.

En exerçant sa profession de blanchisseuse, qui l'obligeait à passer chaque semaine plusieurs journées au lavoir, elle s'aperçut, en mars 1898, que ses doigts commençaient à enfler et devenaient rouges et douloureux, comme s'il se fût agi d'engelures ; puis apparurent des nodosités rouges qui se recouvraient de croûtes et laissaient finalement des cicatrices. Dès le début, ces lésions furent très nombreuses, et, en un mois, elles s'étendirent aux deux mains et symétriquement aux deux avant-bras, principalement le long du cubitus, surtout à gauche, en dépassant très peu le coude, et pour ne plus varier depuis. En aucun points du corps, on ne retrouve de lésions semblables.

Les éléments que nous constatons aujourd'hui sont très nombreux, surtout aux doigts et aux mains ; ils en occupent exclusivement la face dorsale ainsi que celle des avant-bras. Sur la face palmaire nous ne trouvons qu'un seul élément tout à fait à son début, siégeant à la main gauche au niveau de l'éminence thénar ; c'est le premier qui apparaisse.

Les lésions actuelles nous montrent les différents stades que parcourt chaque élément.

Certains éléments des doigts ressemblent assez bien à des engelures ; mais, ceux-ci mis à part, nous trouvons de petites nodosités dures, semblant partir de la partie profonde du derme ; elles sont d'abord du volume d'une tête d'épingle, et, en s'accroissant, acquièrent celui d'un grain de millet ou d'une lentille. A leur niveau, la peau fait légèrement saillie et présente une petite papule rouge qui s'agrandit en même temps qu'augmente la nodosité ; nous pouvons en compter dix à douze actuellement. — Quelques

éléments ne dépassent pas cette phase, et se résorbent en ne laissant à leur niveau qu'une très légère dépression.

Le plus souvent, la nodosité paraît s'ouvrir à l'extérieur ; mais son orifice ne donne issue à aucun produit pathologique, et se recouvre presque immédiatement d'une croûte épaisse qui finit par tomber, en montrant une cicatrice arrondie, violacée et déprimée. Peu à peu cette cicatrice se met de niveau avec la peau environnante, et il ne persiste plus qu'une macule brunâtre.

Quant aux phénomènes subjectifs, ils sont à peu près nuls ; la malade éprouve simplement quelques picotements, quelques démangeaisons par le contract prolongé de l'eau, et, depuis quatre mois, elle a renoncé à sa profession de blanchisseuse.

L'évolution de chaque nodosité, jusqu'à la chute de la croûte, dure environ un mois ; mais, à mesure que quelques nodosités disparaissent, d'autres reparaissent en différents points. Ces poussées sont plus intenses au moment des époques menstruelles.

Quant à l'état général, il est assez bon, l'auscultation minutieuse du poumon est restée négative.

Notre malade présente un état assez accentué de maigreur, et une anémie assez prononcée avec décoloration des muqueuses.

Il nous semble que nous sommes ici en présence d'un de ces cas que M. Barthélemy a décrits sous le nom d'acnitis, et que les recherches récentes ont montré comme étant le plus souvent d'origine tuberculeuse ; les caractères objectifs de l'éruption nous permettent de porter le diagnostic de tuberculides acnéiformes. Mais nous devons dire qu'il nous a été impossible de trouver le point de départ de l'infection tuberculeuse en aucun point de l'économie. La malade ne porte pas trace d'écrouelles anciennes. En aucune région il n'y a d'engorgement ganglionnaire appréciable, et nous n'avons pu constater aucun phénomène stéthoscopique indiquant une lésion du poumon ou des ganglions trachéo-bronchiques.

Il n'en était pas de même dans le cas que l'un de nous a observé, l'an dernier, avec M. J. Michaux, et que nous allons rapporter.

Obs. II. — Ida S..., âgée de 30 ans. Son père et son frère sont bien portants ; la mère est morte en couches. Elle a eu un enfant qui est chétif et anémique. Elle est sujette à de fréquentes poussées d'érysipèle cataménial de la face. C'est une femme pâle et maigre, mais elle ne présente pas de signes de tuberculose pulmonaire.

Il y a trois ans, vers la fin de l'hiver, elle s'aperçut de l'existence sur ses oreilles de rougeurs squameuses et prurigineuses, véritables engelures qui disparurent à l'approche de l'été. Actuellement il persiste sur les pavillons, des cicatrices scléreuses et quelques papules squameuses disséminées. Il s'agissait là vraisemblablement de lupus pernio.

Depuis huit ou neuf mois, d'autres lésions sont apparues sur la face. Symétriquement, sur les deux pommettes, la peau est d'un rosé blafard

et profondément infiltrée à la palpation ; en six ou sept endroits, le lupus est rouge, déprimé et prend manifestement les caractères du lupus tuberculeux. Ces points sont disséminés sur la plaque, recouverts de squames blanchâtres et entourés d'une zone rosée. Il s'agit bien d'un lupus érythémateux avec zones érythémateuses disposées en cocarde et avec tubercules au centre.

Le nez est rose blafard, mais ne présente aucune papule.

De chaque côté du cou, sur la face externe du sterno-mastoïdien et à l'angle de la mâchoire, on constate la présence de ganglions volumineux et durs, absolument indolores.

On constate enfin, sur la face dorsale des doigts, l'existence de nodosités, semblables à de l'acné furonculaire, à évolution torpide, peu douloureuses ; elles commencent par des éléments papuleux rouges, qui au bout de quelques jours, se couronnent d'une pustulette. La régression a lieu très lentement ; l'infiltration et la rougeur persistent longtemps, et il ne reste plus finalement qu'une papule rougeâtre, ombiliquée à son centre. On peut compter actuellement douze de ces éléments sur la main droite et huit sur la main gauche.

Les lésions des doigts doivent ici, sans hésitation, être rangées dans le groupe des tuberculides cutanées ; leur nature est démontrée nettement par la coexistence d'une autre lésion d'origine tuberculeuse, le lupus érythémato-tuberculeux de la face. Celui-ci fut traité par les cautérisations au galvano-cautère ; mais, après la première séance, la malade, probablement trop pusillanime, ne revint plus à l'hôpital.

Nous devons faire remarquer en passant, que les nombreux érysipèles cataméniaux qu'a présentés la malade n'ont pas empêché le lupus de la face de s'étendre progressivement.

Dans les deux cas, dont nous présentons l'histoire à la Société de dermatologie, les tuberculides acnéiformes des mains offraient absolument les mêmes caractères. Nous croyons devoir conclure à l'identité de nature, bien que l'examen clinique ne puisse pas démontrer actuellement chez notre première malade l'existence d'un foyer primitif de tuberculose dans les viscères ou dans les ganglions.

M. LEREDDE. — La tuberculose se rencontre chez ces malades plus fréquemment peut être que ne semblent l'indiquer les statistiques, l'attention n'ayant pas été, à l'origine, attirée suffisamment sur la coïncidence des deux affections.

M. BALZER. — M. Barthélemy a pu suivre quelques-uns de ses malades pendant plusieurs années, sans constater chez eux aucune trace de tuberculose.

La question des tuberculides ne me paraît pas pouvoir être encore définitivement résolue, comme le prouvent les cas analogues à celui de notre malade ; c'est une des raisons pour lesquelles j'ai tenu à vous la présenter.

M. GASTOU. — On observe souvent chez les enfants, à la suite de diverses maladies infectieuses, des lésions cutanées analogues aux tuberculides.

Existe-t-il, au point de vue histologique, dans les tuberculides, des caractères suffisants pour les faire reconnaître à coup sûr et les distinguer d'autres lésions cutanées ?

M. BALZER. — Je n'ai fait jusqu'à présent aucune biopsie de tuberculides.

M. DARIER. — On ne peut pas confondre toutes les tuberculides dans une même description, au point de vue anatomo-pathologique ; si l'on voulait schématiser ces lésions, on pourrait dire qu'en somme il s'agit d'infiltrations de tissu tuberculeux dans le derme, souvent autour des follicules et des glandes, avec cellules géantes et lésions vasculaires. Mais il y a de grandes différences suivant l'espèce.

M. Balzer paraissant convaincu que sa malade n'est pas tuberculeuse, je lui proposerais de faire à celle-ci, très prudemment, bien entendu, une injection de tuberculine ; si elle ne réagit pas, on ne lui aura causé aucun dommage, et l'on aura établi un fait important, si elle réagit ; or ce sera une présomption forte en faveur d'une tuberculose latente.

M. BALZER. — Je ne suis pas convaincu de l'innocuité de semblables injections, même quand il n'existe pas de tuberculose. J'ai publié avec M. R. Mercier, dans le *Bulletin de Thérapeutique*, des faits où les injections de tuberculine TR furent suivies d'une réaction intense, avec élévation de température atteignant 40° et plus, et d'un état général qui, pour être transitoire, n'en fut pas moins assez alarmant.

Je consentirais à faire des injections de tuberculine TR si cette femme était dans mon service ; je n'oserais les pratiquer sur une malade du dehors.

M. DUBOIS-HAVENITH. — J'observe actuellement trois cas analogues, dont un depuis cinq ans, où je n'ai décelé aucune trace de tuberculose viscérale. Mais j'ai présenté, il y a quelques années, une jeune fille atteinte de lésions identiques à celles que vous venez de voir, et qui est morte, quatre ou cinq ans plus tard, de tuberculose suraiguë. On ne peut donc nier absolument la tuberculose, quand on n'en trouve pas de signes ; M. Besnier a justement montré, à propos de lupus, combien il faut être prudent et réservé avant de nier l'existence d'une tuberculose viscérale.

M. CRÉQUY. — Je considère les injections de tuberculine comme très dangereuses. Je les ai vu pratiquer sur un employé des chemins de fer de l'Est, atteint d'une bronchite, et qui eut ensuite une congestion pulmonaire intense pendant plusieurs années.

M. BARTHÉLEMY. — Je suis heureux d'avoir l'occasion de m'élever contre la tendance à considérer comme des lésions de nature tuberculeuse des lésions telles que celles que vient de nous montrer M. Balzer. Dans ce cas, il s'agit d'un de ces faits qui auraient été autrefois rangés dans la classe très vague des folliculites. J'ai tenté d'y porter une observation plus rigoureuse et j'ai décrit, sous le nom d'*acnitis*, des lésions qui débutent par des nodules sous-dermiques ou intra-dermiques avant d'apparaître

à la surface cutanée, ces lésions procédant par poussées pouvant se succéder pendant 6, 8, 10, 15 mois, et laissant une cicatrice. Or, la malade de M. Balzer est atteinte de ce que je considère comme acnitis, avec cette différence que dans les cas que j'ai pris comme types, les lésions sont plus généralisées, plus inégalement disséminées et non développées dans une région circonscrite ou systématisées et symétriques. Il s'agit d'une malade qui n'est pas tuberculeuse, ni dans ses viscères, ni dans ses ganglions ; c'est ce que j'avais déjà signalé dans mes premières descriptions, où deux des malades, revus plus de dix ans après, ne présentaient pas plus de tuberculose qu'au moment des accidents cutanés. Un des malades fut même, à l'âge de trente-huit ans, atteint d'un rhumatisme déformant des plus caractéristique et dénutritif, mais, comme je l'ai dit alors, sans tuberculose de près ni de loin. On peut donc juger de ma surprise, de voir qu'on ait voulu ranger les cas d'acnitis dans la série tuberculeuse ; sans doute on m'a montré des faits de nodosités sous-cutanées chez des sujets lupiques, ganglionnaires, manifestement tuberculeux ; mais, outre que ces nodosités sont plus volumineuses, plus inégales de dimensions et de localisations, et surtout moins nombreuses, et qu'il ne m'est pas démontré que ces folliculites soient des éléments d'acuités, il me semble que l'on n'est pas en droit de dire que toutes les lésions qui surviennent chez des tuberculeux sont d'origine tuberculeuse. Et puisque je suis amené à exprimer ce que je pense sur le mot récemment proposé par notre collègue et ami Darier sous le nom de *tuberculides*, qu'il me soit permis de dire qu'on a donné à cette classe des limites trop peu précises et dont l'indécision est regrettable. Il n'y a à comparer ces lésions en aucune façon au lupus érythémateux, qui est de nature tuberculeuse, ou même au lichen scrofulosorum dont l'étiologie est plus discutable. On n'a trouvé aucun bacille dans les lésions dites tuberculides ; et, quant à faire intervenir l'action de toxines, jusqu'ici hypothétiques, ou du moins non encore obtenues, c'est dépasser les limites que nos connaissances permettent jusqu'à ce jour. Si on parle d'une syphilide, on sait bien que ce n'est là que l'effet direct de l'infection syphilitique et qu'il ne suffit pas de guérir, pas plus pour la lèpre d'ailleurs que pour la syphilis, ces lésions locales pour exonérer l'organisme de l'infection générale. On n'imagine pas une syphilide qui ne serait pas due à la syphilis ; or, je ne vois pas, jusqu'ici du moins, cette relation directe entre l'infection tuberculeuse et les lésions dites tuberculides. Il suffit qu'une seule fois l'acnitis ait été observée sur un sujet non tuberculeux, pour qu'on soit en droit de dire qu'il ne s'agit pas de tuberculides ; de même qu'il faudrait éliminer du cadre des syphilides, une lésion qui se serait montrée une seule fois chez un sujet non syphilitique. Sans compter que tout ce qui survient, chez un syphilitique ou chez un sujet tuberculeux, n'est pas forcément causé par la syphilis ou la tuberculose.

Un de mes tuberculeux est atteint de furonculose, peut-on dire qu'il s'agit de tuberculides ? Non, eh bien, il peut en être autant pour les lésions d'acnitis, d'autant que je pense que ce sont des lésions d'infection secondaire, d'associations microbiennes développées chez des sujets en état de dénutrition, et dont la résistance cutanée est atténuée.

En résumé, le groupe de *tuberculides*, qui, d'ailleurs, contient beaucoup des anciennes *scrofulides*, est encore fort mal défini; il est trop élastique en ce sens qu'on a tendance à y faire entrer trop facilement des lésions dont le diagnostic n'est pas toujours fait avec assez de rigueur. Il faut se garder surtout — ceci dit pour répondre à notre excellent collègue Leredde — des vues théoriques excessives. Car si les nodosités de l'acné étaient d'origine tuberculeuse, il faudrait accepter un fait paradoxal, à savoir que c'est dans mes cas, où il n'y avait aucune espèce de lésion tuberculeuse appréciable cliniquement, que les folliculites se sont montrées le plus nombreuses; alors qu'au contraire elles ont été constatées en nombre relativement restreint dans les cas où il y avait des lésions soit « ganglionnaires, soit du côté de la peau ou des muqueuses », particulièrement et manifestement bacillaires.

Relativement à la folliculite, je serai moins affirmatif, et je nierai moins vivement l'étiologie tuberculeuse; car ces petites pustules plates, ombiliquées au centre, ont une marche essentiellement chronique, et une grande ressemblance avec certains éléments du lupus disséminé.

L'un de mes cas se produisit chez un vieillard misérable, maigre et épuisé, qui n'avait pas de tuberculose pulmonaire, mais qui pouvait très bien avoir d'autres lésions bacillaires m'ayant échappé; mais dans un autre cas, notre malade était grasse, forte, et n'ayant nullement d'apparence de tuberculose quelconque. C'est le cas que représente le moulage du Musée et il faudrait admettre la variété chronique des lésions disséminées de tuberculose exclusivement locale, avec cellules géantes, sans bacille, qu'il faut d'ailleurs distinguer des éléments de lupus vrai disséminé.

M. HALLOPEAU. — J'ai déjà exposé plusieurs fois les raisons qui ne permettent plus de mettre en doute la nature de ces lésions; ce sont des *toxi-tuberculides*.

Dermatite hémorrhagique des saillies articulaires des doigts.

Par M. DU CASTEL.

Ce n'est pas la première fois que j'ai l'honneur de vous présenter ce malade; je vous l'ai déjà présenté au mois de mai 1896. Il m'a semblé qu'il ne serait peut-être pas sans intérêt de vous le présenter à nouveau, dans un moment où l'on cherche à établir les caractères des éruptions qui se trouvent en rapport, de cause à effet, avec la tuberculose.

Cet homme est habituellement bien portant: il a été atteint dans son enfance d'un abcès de la fesse qui a laissé, après lui, les cicatrices profondes et irrégulières que vous pouvez voir. Les jambes sont couvertes de cicatrices lisses, présentant quelque peu l'aspect syphiloïde, mais qui ne paraissent vraiment pas d'origine syphilitique: elles sont survenues, dit le malade, à la suite de l'abcès de la fesse; jamais il n'a été possible de relever aucun indice certain de syphilis chez notre sujet. Différentes hypo-

thèses ont été émises pour expliquer l'existence des cicatrices, ecthyma, scrofulules, etc ; jamais aucune n'a pu aboutir à une démonstration absolue.

La lésion pour laquelle je vous présente le malade est l'altération du dos des mains, dont il souffre à nouveau depuis quelques semaines. Elle est caractérisée par des épaississements inflammatoires, occupant le dos des doigts, localisés aux saillies articulaires. Ces épaississements ne sont pas très durs, ont la coloration de la peau normale : ce qui fait le caractère remarquable, c'est leur tendance à la production d'un fin piqueté hémorragique : vous pourrez voir que la plupart des petits nodules pathologiques sont semés de petites taches hémorragiques de la dimension d'une tête d'épingle.

Cette disposition aux hémorragies existe depuis les quelques années que je connais le malade. Notre collègue M. Gaucher, l'ayant vue se montrer à un degré très élevé, au moment où il faisait prendre au malade de l'iodure de potassium, a cru pouvoir attribuer à celui-ci une action provocatrice. Voici du reste le moulage de la lésion qu'il a fait prendre à cette époque. Je dois dire que l'action de l'iodure n'est pas nécessaire à la production de la tendance hémorragique de l'éruption ; je l'ai vue se montrer à des moments où le malade ne prenait pas d'iodure ; c'est le cas de la poussée actuelle.

Ce que je me demande, ce que je viens demander à mes collègues, c'est si l'on doit admettre quelque relation entre l'éruption de notre malade et les tuberculides.

Cette éruption a tendance à se montrer, à s'exagérer l'hiver ; mais je l'ai observé plusieurs fois au cours des saisons chaudes ; le moulage de M. Gaucher a été pris au mois de septembre ; notre sujet a les apparences lymphatiques ; il n'est pas actuellement tuberculeux authentique ; mais l'abcès de longue durée qu'il a eu à la fesse, les lésions qu'il a présentées aux jambes, n'ont-ils pas été de nature tuberculeuse ? N'ont-ils pas été les premières manifestations d'une série tuberculeuse dont les lésions actuelles constituent une nouvelle étape ?

C'est une question qu'il y a lieu, je crois, de soulever dans un moment où l'on s'efforce d'établir le groupe des tuberculides.

M. LEREDDE. — A certains point de vue, le malade présenté par M. Du Costel se rapproche de l'angiokératome, car il existe des téléangiectasies manifestes sur les mains.

Ce qui est certain, c'est qu'entre les tuberculides que je considère comme les tuberculides vraies, c'est-à-dire celles où les lésions sont dominées par l'altération vasculaire, il existe tous les types de transition et qu'il est souvent difficile de classer un cas donné dans un type ou dans un autre. Le malade que je présentais à la Société de dermatologie le mois dernier, avec M. Haury, comme atteint de lupus érythémateux des mains n'était pas

porteur d'un lupus érythémateux typique et les lésions se rapprochaient de celles d'un érythème polymorphe; M. Brocq a prononcé à son sujet le mot érythème acroasphyxique. Je fais remarquer de même que dans le lupus érythémateux il existe des formes non atrophiques, non télangiectasiques. (seborrhée congestive de Brocq). Les connexions cliniques entre l'érythème induré de Bazin Hutchinson et les acnitis de Barthélémy sont manifestes.

En résumé toutes ces lésions se rapprochent les unes des autres et sont réunies par des cas intermédiaires.

M. DANLOS. — J'ai observé un fait analogue chez une malade qui n'offrait aucun signe clinique de tuberculose, mais qui avait soigné, pendant six mois sa sœur, morte depuis de tuberculose; de sorte que là encore on ne peut éliminer complètement l'hypothèse d'une tuberculose viscérale latente.

M. BROcq. — Je ferai remarquer à ce propos que les injections de tuberculine ne sont pas absolument démonstratives, puisque d'autres lésions telles que celles de la lèpre peuvent réagir à la tuberculine.

M. DARIER. — S'il faut sans conteste rejeter les injections de tuberculine comme méthode de traitement de la tuberculose, il n'en est pas de même de leur emploi comme méthode de diagnostic. Les vétérinaires en retirent chaque jour de grands avantages; on ne peut sans doute assimiler complètement la clinique humaine à la clinique vétérinaire; mais on peut diminuer la dose de tuberculine au point de la rendre inoffensive à l'homme. On peut, sans inconvénient, pratiquer une à deux injections de tuberculine chez un individu *non tuberculeux*; s'il ne se produit aucune réaction, on pourra affirmer que la lésion n'a rien de tuberculeux; si au contraire il y a réaction, celle-ci donnera au moins de sérieuses présomptions en faveur de la nature tuberculeuse de la lésion.

M. BROcq. — Je m'associe complètement à ce que vient de dire M. Darier. Je ne nie pas d'ailleurs la nature tuberculeuse de ces lésions; l'absence de bacilles de Koch; les résultats négatifs obtenus par M. Veillon en inoculant de très larges lambeaux des téguments malades, ne sont pas absolument démonstratifs à ce point de vue. Je me demande seulement si on ne va pas un peu trop vite sur cette pente facile, qui consiste à rattacher à la tuberculose toutes les lésions qu'on rapportait autrefois au lymphatisme. La dénomination de *tuberculides*, imposée à ces éruptions, me semble en particulier un peu risquée et un peu prématurée.

M. LEREDDE vient de rappeler les connexions qui unissent les tuberculides aux angiokératomes; mais le même rapprochement peut être fait entre les engelures et les angiokératomes. Il faut tenir compte des coïncidences possibles; deux lésions différentes peuvent se développer simultanément sur un même terrain.

M. LEREDDE. — Nous ignorons certains détails importants de la pathogénie des engelures, en particulier pourquoi elle survient chez certains individus et non chez d'autres. Les engelures sont-elles des tuberculides? sont-elles l'expression de l'intoxication tuberculeuse chez des individus

porteurs de bacilles, par exemple sur les muqueuses nasales, et soumis au froid ? ou se produisent-elles simplement, avec prédilection, sur des sujets prédisposés à la tuberculose ? En tout cas, si l'on admet la théorie des tuberculides, il faut nécessairement y classer des lésions qui se rapprochent cliniquement des engelures, je veux parler par exemple du *lupus pernio* ou *lupus engelure*.

M. DU CASTEL. — Je redoute toujours l'emploi de la tuberculine, car on ne peut jamais affirmer que le malade n'a pas quelque tuberculose viscérale latente que la tuberculine est susceptible de réveiller.

M. DARIER. — Assurément l'intérêt de nos malades doit primer toute autre considération. Aussi ces injections doivent-elles être réservées aux cas où elles offrent, pour le malade, un intérêt assez grand pour justifier le petit danger, s'il y a un, auquel on l'expose.

Angiomes de la face, des mains et de la langue survenus à un âge avancé.

Par M. DU CASTEL.

La malade, bien portante habituellement, a vu se produire depuis une dizaine d'années une série de petits angiomes, irréguliers de forme, sans saillies au-dessus des tissus normaux, de couleur violacée, dont le volume varie depuis celui d'une tête d'épingle jusqu'à celui d'une lentille : ces saillies sont disséminées irrégulièrement sur toute la surface de la face ; elles ne sont recouvertes d'aucun élément corné.

Sur les doigts, on trouve quelques nodules ressemblant à des nodules d'angiokératome.

Sur la langue, un petit *nævus* vers la pointe ; en arrière de lui, une plaque de sclérose.

Rien sur le corps. Un léger degré de sclérodémie des doigts.

M. BACQ. — La malade que nous présente M. Du Castel est très intéressante. J'ai présenté à la Société un cas analogue de téléangiectasie en plaques disséminées, remarquables par la présence de points cicatriciels au centre des plaques téléangiectasiques ; le sujet était syphilitique. Or, je constate que la langue de cette malade offre des sillons et des dépressions ; il y aura lieu de rechercher chez elle, l'existence possible d'une syphilis antérieure.

Mal de Pott syphilitique de la colonne cervicale.

Par MM. FOURNIER et LOEPER.

Le malade que nous présentons à la Société est atteint de mal de Pott syphilitique de la colonne cervicale.

Il contracta la syphilis en 1879. Chancre induré, adénopathie, chute des

cheveux et éruption secondaire. Il ne s'en soigna d'ailleurs pas et n'eut aucun autre accident avant l'année 1889, époque à laquelle il entra à Saint-Louis, pour des lésions gommeuses du poignet. Traitées par des pilules de Dupuytren et l'iodure de potassium, ces lésions guérirent en un mois et n'ont laissé aucune cicatrice.

Il y a quinze mois, il souffrit de légères douleurs dans la nuque, et d'un torticolis rebelle qui l'amènèrent à la consultation de M. le professeur Fournier.

L'impossibilité de tourner la tête de côté était à peu près absolue, les mouvements de flexion étaient à peu près normaux.

Il n'y avait à cette époque aucune tuméfaction cervicale, non plus que de douleurs irradiées dans les membres supérieurs ; mais pourtant, de temps à autre, il se produisait à l'extrémité des doigts, des fourmillements, du refroidissement, une sensation de doigt mort.

On fit le diagnostic d'arthrite cervicale, peut-être d'origine spécifique avec torticolis symptomatique, et l'on donna au malade de l'iodure de potassium, qu'il continua à prendre, assez régulièrement, pendant huit mois. Le torticolis s'améliora légèrement, les douleurs et les fourmillements cessèrent, et le malade sortit de l'hôpital au commencement du mois de janvier.

Aucune modification de son état jusqu'en décembre. A cette époque, les douleurs dans la colonne cervicale devinrent plus nettes, il se produisit dans les bras, et surtout les doigts, des fourmillements fréquents. Les muscles des membres supérieurs s'atrophiaient ainsi que le trapèze. En même temps, il se faisait une immobilisation des vertèbres qui interdisait tout mouvement de latéralité, surtout de droite à gauche.

Il y a cinq semaines, il fut subitement, sans perte de connaissance, pris de paralysie incomplète des membres, ainsi répartie :

Prédominance marquée des phénomènes parétiques sur les membres supérieurs et surtout le gauche.

Atteinte légère des membres inférieurs, avec prédominance également à gauche.

L'iodure de potassium fut donné à la dose de 5 gr., quotidiennement, et les troubles moteurs disparurent presque complètement en quinze jours.

A l'heure actuelle on constate.

1° *Du côté du cou :*

a) Une augmentation de volume prédominante à gauche au massif cervical, et siégeant très probablement sur les masses latérales et peut-être le corps des 3^e, 4^e et 5^e vertèbres cervicales.

Cette saillie ne se manifeste point dans l'arrière-gorge par propulsion de la paroi pharyngienne postérieure, et l'exploration digitale du pharynx ne donne point de renseignements ;

b) Une ankylose complète de la colonne cervicale ne permettant pas de mouvements de flexion ou d'extension, non plus que les mouvements de latéralité gauche, permettant dans une certaine mesure l'inclinaison latérale droite ;

c) Une atrophie des muscles de la nuque et surtout des deux trapèzes sans contracture.

2° *Du côté des membres supérieurs :*

a) Une atrophie de tous les muscles du bras et de l'avant-bras, plus particulièrement des extenseurs avec diminution de la force musculaire, mais sans R. D ;

b) Une exagération des réflexes tendineux au niveau du coude et des poignets, sans aucune modification de la sensibilité thermique, tactile ou douloureuse, sans troubles trophiques ;

3° *Du côté des membres inférieurs :*

a) Parésie et atrophie des extenseurs, surtout du membre inférieur gauche ;

b) Exagération légère à droite, considérable à gauche des réflexes rotuliens.

La trépidation épileptoïde apparaît de ce côté après de nombreuses tentatives, et des massages répétés des muscles extenseurs.

Le signe de Babinski est absent, aucun trouble sensitif ou trophique. Il n'existe pas de troubles pupillaires ni cérébraux.

Ajoutons en terminant que notre malade n'a aucune tare tuberculeuse dans ses antécédents héréditaires ; que lui-même n'a jamais toussé et ne présente, en aucun point, d'abcès ou de lésions d'apparence bacillaire.

Il est très probable que nous sommes en présence d'un cas de mal de Pott syphilitique avec irritation secondaire des cordons médullaires. Le traitement institué, calomel et iodure de potassium, améliorera la lésion gommeuse des vertèbres, mais ne pourra rien contre l'ankylose fibreuse qui en résulte.

Syphilome ou épithéliome buccal ?

Par MM. HALLOPEAU et TOSTIVINT

L'histoire de ce malade peut être résumée ainsi qu'il suit :

Col..., 54 ans, cordonnier, entré salle Bazin, n° 69, le 13 janvier 1899. Ce malade n'a rien de particulier à considérer dans ses antécédents héréditaires.

Il n'a jamais été malade jusqu'en 1869. A cette époque, il a eu un chancre induré de la verge pour lequel il a été soigné à l'hôpital du Midi. Il a eu des plaques muqueuses à la gorge et à l'anus, mais jamais de roséole.

Après avoir suivi le traitement antisiphilitique pendant un an environ, il a cessé de se soigner et ne s'est pas ressenti de sa maladie jusqu'en 1894.

A cette époque, il vit apparaître une ulcération de l'aile droite du nez, ulcération qui ne tarda pas à gagner l'aile gauche et la cloison médiane. Celle-ci a été perforée dans presque toute son étendue.

Sous l'influence d'un traitement mixte, cette ulcération s'est arrêtée, laissant à sa place une cicatrice blanchâtre sur l'aile droite du nez et une échancrure assez profonde de l'aile gauche.

Enfin, il y a six mois, cet homme a vu apparaître une légère ulcération sur le côté interne de la joue gauche. Cette ulcération n'a pas tardé à augmenter et s'accompagner d'un gonflement considérable de la région correspondante de la face. C'est alors que le malade est entré dans notre service, le 18 janvier 1897.

A ce moment, le gonflement atteignait toute la joue gauche, s'étendant en arrière jusqu'à la branche montante du maxillaire et remontant jusqu'à l'aile du nez. Il avait envahi la partie gauche des lèvres.

En même temps que ce gonflement, avait apparu une adénopathie sous-maxillaire gauche considérable, légèrement douloureuse à la pression.

Quant à l'ulcération, elle avait envahi toute la partie interne de la joue gauche et la partie externe des gencives supérieures du même côté.

Sa surface est presque unie. Elle présente par places de petites plaques blanchâtres. Elle est limitée en avant par un rebord saillant. Ce rebord n'est pas nettement induré. Très large à sa partie supérieure, il va en s'atténuant jusqu'à son extrémité inférieure.

La langue n'est pas excoriée; elle présente quelques plaques blanchâtres, ses bords ne sont pas indurés.

Il n'y a rien d'anormal à la joue droite. Il en est de même de la voûte palatine et de la gorge.

Sous l'influence du traitement mixte que suit la malade, depuis son entrée à l'hôpital, ces lésions se sont sensiblement améliorées.

Le gonflement a un peu diminué et permet au malade, de manger. La lèvre inférieure n'est plus atteinte.

L'adénopathie sous-maxillaire a également perdu de son volume.

Malgré l'existence d'une syphilis ancienne, qui a donné lieu récemment à une perforation de la cloison des fosses nasales, toutes les apparences sont ici en faveur d'un épithéliome; il en est ainsi particulièrement des adénopathies cervicales si volumineuses et dures; néanmoins, en raison de l'amélioration très notable qui se produit sous l'influence du traitement spécifique local et général, nous nous demandons s'il ne resterait pas quelques chances en faveur d'un syphilome; nous serions heureux d'avoir à ce point de vue l'opinion de nos collègues.

Féminisme chez un géant, lié vraisemblablement au développement de varices pelviennes.

Par M. HALLOPEAU

Il y a un contraste frappant entre la stature gigantesque de cet homme, qui mesure 1 mètre 85 de hauteur, et ses attributs nettement accentués de féminisme: il n'y a rien chez lui de la gracilité que l'on constate d'habitude chez ces sujets, et cependant le féminisme est caractérisé par l'absence presque complète de barbe, la raréfaction des poils axillaires, le peu de saillie du larynx, le développement con-

sidérable des glandes mammaires, l'exagération des dimensions transversales du bassin, la proéminence des fesses et la petitesse tout à fait anormale de la verge et des testicules, dont le volume atteint à peine celui d'une noisette : le sujet affirme cependant qu'il accomplit régulièrement ses fonctions sexuelles.

Comme particularités, nous ferons remarquer l'énorme développement qu'ont pris chez lui les veines sus-pubiennes et scrotales : elles rappellent la tête de Méduse ; ces varices paraissent contribuer à augmenter l'atrophie des testicules et secondairement le féminisme : c'est, en effet, à la suite d'une phlébite fémorale que sont survenues, il y a sept ans, les dilatations vasculaires, et le malade assure que l'atrophie des testicules et le développement des seins se sont accentués ultérieurement. Cette atrophie n'est donc plus, dans cette hypothèse, un élément, mais bien une des causes prochaines de ce féminisme.

M. FOURNIER. — Le géant est un dégénéré. Sous l'apparente supériorité de sa taille, c'est un inférieur.

Je ne saurais affirmer la raison pour laquelle cet homme est dégénéré ; je constate simplement qu'il présente au moins deux phénomènes fréquents dans l'hérédo-syphilis : la petitesse des testicules et de nombreuses stries dentaires.

Sur un nouveau cas d'érythrodermie prémycosique.

Par MM. HALLOPEAU et TOSTIVINT

Ce fait rentre dans la catégorie de ceux qui ont été publiés sous ce titre par M. Besnier et l'un de nous, en 1892 ; si nous nous permettons d'attirer sur lui l'attention de la Société, c'est pour montrer une fois de plus les caractères tout particuliers qui différencient ce type clinique et pour insister sur quelques particularités.

Eugénie C..., 46 ans, allumetière, entrée salle Lugol, n° 11, le 26 décembre 1898.

Cette malade s'est généralement bien portée, jusqu'au mois d'août 1897, époque à laquelle l'affection dont elle est atteinte a débuté comme il suit :

Quelques jours après une suppression brusque et définitive des règles, survenue à la suite d'une contrariété, la malade voit apparaître, sur la partie antérieure de l'avant-bras droit, quelques petites taches rouges et ressent, en même temps, un prurit intense généralisé à toute la surface du corps, les mains exceptées.

Au bout d'un laps de temps très court, l'éruption atteint le bras droit, le cou, le membre supérieur gauche, la poitrine et l'abdomen jusqu'à la racine des membres inférieurs.

La malade continue cependant à travailler, employant comme traitement la pommade à l'oxyde de zinc et les bains d'amidon.

Mais, voyant que l'éruption augmentait et que le prurit ne lui permet-

tait plus de dormir, elle entre dans notre service, le 26 décembre 1893.

Actuellement, l'éruption remonte en arrière, jusqu'à la racine des cheveux en avant et latéralement jusqu'à la partie supérieure du cou. Elle est, à ce niveau, séparée des parties saines par une ligne de démarcation très nette.

Elle recouvre toute la surface du dos, et descend en arrière sur les membres inférieurs, jusqu'à la partie inférieure du creux poplité.

En avant, elle s'arrête à cinq centimètres environ au-dessous du pli de l'aîne. La face, la partie antérieure des seins, les mains, la partie antéro-interne des cuisses, les jambes et les pieds ne sont pas atteints.

Il en était de même, il y a quelques jours, de la partie moyenne du dos. Mais aujourd'hui l'éruption le recouvre complètement, formant un relief très peu prononcé, appréciable à la vue seulement, au-dessus des parties saines.

Au niveau de l'articulation scapulo-humérale, on remarque des intervalles de peau saine, présentant de petites taches arrondies.

La rougeur de cette éruption varie suivant les points considérés. Elle est très accentuée, scarlatiniforme au niveau du cou, de l'aisselle, du pli du coude et du pli de l'aîne. Dans ces mêmes régions, les plis de la peau sont exagérés et forment un quadrillage très net. Dans les autres parties du corps, l'éruption est d'une couleur beaucoup moins vive, uniforme, disparaissant incomplètement sous la pression du doigt. On ne voit ni papules croûteuses de prurigo, ni taches pigmentaires, ni nodosités furunculoides. Il n'existe pas, non plus, de centres de décoloration.

Toute la surface du corps, y compris les parties saines, est le siège d'un prurit incessant et de douleurs très vives, que la malade compare à des piqûres d'aiguilles.

Le prurit s'exagère après les repas et pendant la nuit. La malade se gratte à tel point que ses ongles sont usés. Leur surface est polie et brillante ; leurs bords sont taillés en biseau.

La nuit, la sécrétion sudorale s'exagère ; la malade est obligée de ne se couvrir que d'un drap de lit.

La peau est considérablement épaissie ; le pli qu'elle forme, quand on la pince entre les doigts, est considérablement accru et sa consistance est notablement augmentée.

Cet épaississement est encore plus prononcé au niveau du cou, de l'aisselle ; aux plis du bras, aux flancs, à la naissance des membres inférieurs sur ces différentes régions, on remarque une très légère desquamation. La peau paraît trop large pour contenir les parties sous-jacentes. Elle est sèche et rude ; le suintement fait presque complètement défaut.

Les ganglions du cou, de l'aisselle, et de l'aîne sont tuméfiés. Ces adénopathies ont cependant diminué dans ces derniers temps, malgré l'intensité plus grande des poussées érythrodermiques.

La malade a perdu beaucoup de cheveux ; les poils de l'aisselle sont presque tous tombés.

L'état général est resté bon ; cependant, l'appétit a diminué ; la malade se plaint d'insomnie et de céphalalgie.

Il n'y a pas d'hypertrophie du foie ni de la rate, les urines sont normales.

Le diagnostic ne nous paraît pouvoir faire l'objet d'aucun doute : la grande étendue des plaques érythrodermiques, le prurit violent et persistant dont elles sont le siège, l'épaississement de la peau, les adénopathies, les accès de sueurs profuses, la chute des cheveux et des poils, constituent un ensemble de symptômes caractéristiques.

On ne peut penser à un eczéma, car il n'y a ni vésicules, ni croûtes, et c'est en un petit nombre de points seulement qu'il se produit une légère desquamation furfuracée, distincte de celle que l'on observe dans cette dermatose.

Il ne peut s'agir non plus, en raison de la durée de la maladie, d'un érythème scarlatiniforme ; c'est en somme un cas qui est en tous points conforme au type clinique établi en 1892.

Nous insisterons tout particulièrement sur le contraste qui existe entre la violence du prurit et du grattage, dont témoigne l'usure des ongles et l'absence complète d'excoriations. Ainsi que l'un de nous l'a fait remarquer-déjà, il faut admettre qu'en pareil cas, la peau a subi des altérations telles qu'elles ne peuvent plus réagir par le développement de papules prurigineuses.

Un fait exceptionnel chez cette femme est le caractère des douleurs cutanées, qui ne consistent pas seulement en du prurit et de la cuisson, mais en véritables élancements comparables à ceux que l'on observe dans les maladies nerveuses. Un fait important à noter est l'existence du prurit dans des régions qui paraissent saines ; il vient confirmer l'existence, indiquée par M. Leredde, de lésions profondes dans toute l'étendue du tégument, alors même que l'inspection à l'œil nu n'y révèle aucune altération.

Nous signalerons enfin ce fait, que la rougeur scarlatiniforme est limitée en certaines régions, particulièrement au niveau du cou, par une ligne de démarcation nettement arrêtée : c'est là un fait exceptionnel bien que l'un de nous ait signalé dans des cas analogues l'existence de taches circulaires, à contours nets et décolorées dans l'aire des plaques érythrodermiques.

Note sur un cas de lèpre (forme mixte).

Par M. J. BERNARD

Le 21 mai dernier, entré à l'Hôtel-Dieu, dans le service de M. le Dr Bax, le malade dont nous rapportons l'observation.

Il se plaignait alors de douleurs dans les mains et les pieds, d'anesthésie au niveau des mêmes régions, symptômes qui depuis deux mois l'empêchaient de travailler.

Il raconte qu'il y a 16 mois, il a été pris de douleurs vives dans la tête, puis dans les membres. C'est à cette époque qu'ont commencé à apparaître

les troubles de sensibilité et la diminution de force motrice qui nous l'amènent aujourd'hui. Jamais, croit-il, il n'a eu de fièvre.

A son entrée, il a une atrophie très nette de la main suivant le type « Aran Duchenne ». La main, simiesque, a les doigts recourbés en griffe ; la peau est épaissie et sèche, comme dans les sclérodermies, les poils sont tombés à ce niveau ; les ongles présentent, à leur face inférieure, des amas de matière incomplètement kératinisée. Cet aspect sclérodermique des téguments se continue jusqu'au niveau du coude ; il est plus marqué du côté gauche et s'accompagne d'une desquamation pityriasiforme.

Aux jambes, surtout à droite, on observe des lésions analogues. Toute la peau, du genou au cou-de-pied, est colorée en bistre, amincie, lisse et recouverte de squames blanchâtres. Cet état de la peau gêne la flexion du cou-de-pied. Au pied l'atrophie tégumentaire est moins marquée, mais la plante des pieds est le siège de productions cornées assez abondantes. Les ongles sont hypertrophiés et présentent quelques troubles trophiques.

Au genou du côté droit, une petite plaie ulcérée qui remonte à 3 mois et se recouvre de croûtes.

La peau de la jambe et de la cuisse présente, des deux côtés et surtout à gauche, de petits nodules gros comme une lentille environ, de couleur rouge cuivré, légèrement indurés, élastiques et ne présentant aucune tendance à l'ulcération.

Au niveau de la face externe de la cuisse droite, se détache, sur le fond pigmenté de la peau, une large plaque blanche, achromique, formant un carré de 10 centimètres de côté environ. Elle a apparu, il y a 3 ans, succédant alors à un placard plus large de teinte bleuâtre qui durait lui-même depuis 3 ans.

Le malade a perdu cils et sourcils, les poils de la moustache et du menton sont tombés presque entièrement, tandis que les cheveux et les poils du corps sont conservés.

La peau du visage, creusée de plis profonds, semble infiltrée en nappe et donne au malade le facies léonin. Celui-ci déclare pourtant que l'aspect de sa figure ne lui semble pas avoir changé.

Enfin, en examinant ses yeux, on trouve un peu de conjonctivite (explicable peut-être par l'absence de cils), et, du côté gauche, sur la sclérotique, tout près du limbe cornéen, un très léger tubercule grisâtre.

Le cubital du côté gauche, palpé au niveau de la gouttière du coude, est nettement nouveau.

Pas de ganglions.

La sensibilité est très diminuée dans toutes les parties atrophiées et surtout au niveau de la plaque achromique. On n'observe pas de dissociation syringomyélique de la sensibilité qui est affaiblie également au toucher, à la température et à la douleur.

Les réflexes sont diminués des deux côtés.

En présence de ces symptômes, le malade n'ayant d'ailleurs jamais eu d'accidents spécifiques, auxquels on pût rattacher les tubercules de ses membres inférieurs, nous avons pensé à la lèpre. Une biopsie fut faite au niveau d'un des tubercules et les préparations ont confirmé le diagnostic.

Jusqu'aux limites extrêmes des coupes, on trouve un bacille très analo-

gue au bacille de Koch, extrêmement abondant, réuni en groupes serrés. Il ne se décolore pas par le Gram et se présente souvent comme formé de plusieurs points, séparés par des espaces clairs.

En interrogeant l'histoire de notre malade, nous avons appris qu'il y a 6 ans il a été à Nouméa où il est resté 3 ans.

La lèpre n'y est pas rare, puisqu'il existe même une léproserie à l'île des Pins. C'est au moment de son séjour à Nouméa, qu'il aurait été contagionné. La lèpre, après une période latente, difficile à évaluer, s'est manifestée d'abord par la tache maculeuse de la cuisse droite qui dura 3 ans et fut alors remplacée par la plaque achromique anesthésique qui dure depuis lors.

Il y a 16 mois, il aurait eu une deuxième poussée, comme il est de règle d'en observer dans cette affection, et c'est alors qu'auraient apparu les tubercules des membres inférieurs et les troubles sensitifs et trophiques des mains et des pieds.

L'huile de chaulmoogra (100 gouttes par jour) amena une amélioration notable de tous les symptômes : retour partiel de la sensibilité, diminution de la sclérodémie, augmentation de la force musculaire et cessation des douleurs ; si bien qu'en juillet, le malade quitta l'hôpital malgré nous, pour travailler à la moisson.

Il revint en octobre, ayant continué son traitement pendant son absence.

Les papules des jambes ont presque disparu et sont remplacées par des taches café au lait, sans infiltration. La sensibilité est revenue presque entièrement aux membres inférieurs, à partir du cou-de-pied.

Mais il présente au pied droit, sur le bord interne du gros orteil, et à gauche, au niveau de la tête du deuxième métatarsien, deux maux perforants très douloureux quoique anesthésiques. Traités par le repos, les antiseptiques et l'huile de chaulmoogra, ils sont en pleine guérison.

En résumé, il semble que l'on ne soit pas en présence d'une forme de lèpre très maligne. Les tubercules qui avaient apparu dans le cours de cette lèpre maculo-anesthésique ont disparu assez rapidement pour qu'il soit permis de ne pas trop assombrir le pronostic d'une affection toujours grave.

Glossite syphilo-épithéliomateuse phagédénique, ulcéreuse. Mort par hémorrhagie de la linguale gauche. Cancer et gommès de la langue, intégrité des ganglions, hypertrophie des glandes sous-maxillaires. Lésions viscères : congestions et dégénérescences parenchymateuses.

Par MM. A. FOURNIER ET P. GASTOU.

La présentation actuelle est le complément de celle faite, devant la Société, en décembre 1898, d'une malade âgée de 53 ans, affectée d'une glossopathie éléphantiasique, sur la nature de laquelle le doute était permis.

D'une part, la malade était en effet syphilitique depuis 30 ans, et le

traitement spécifique avait amélioré la lésion ; d'autre part, l'examen biopsique d'un fragment de langue démontrait l'épithélioma.

La mort de la malade survenue récemment, a permis de vérifier l'exactitude du diagnostic de glossite syphilo-épithéliomateuse porté par M. le Dr Fournier.

Avant de rapporter les résultats de l'autopsie et de l'examen histologique des organes, nous rappellerons ce que la biopsie avait indiqué.

Les coupes laissaient voir deux lésions distinctes :

1° Une glossite interstitielle intense, formant une infiltration des lymphocytes au-dessous de la zone épithéliale, et se propageant en suivant les vaisseaux et les interstices musculaires dans la profondeur de la langue.

2° Une transformation épithéliomateuse de l'épithélium lingual, démontrée par la désorganisation du revêtement épidermique, par les modifications cellulaires, par les boyaux épithéliaux envahissant les papilles, mais encore par la présence de « globes épidermiques ».

— La biopsie étant très superficielle, c'était tout ce qu'on pouvait dire sur la nature de la lésion linguale. L'examen post-mortem est venu compléter les détails histologiques.

AUTOPSIE. — L'autopsie de M^{me} L... a été faite le 23 décembre 1898, trente heures environ après la mort.

L'aspect extérieur du cadavre ne présente aucune particularité à signaler. Bourrelet saillant formé par les régions sous-maxillaires et sus-hyoïdiennes et entourant la face antérieure du cou de l'une à l'autre oreille, comme d'une cravate. Au niveau du bourrelet la peau est saine.

La peau est incisée à son niveau jusqu'au bord inférieur du maxillaire inférieur en haut ; en bas, l'incision est prolongée sur le thorax, mettant à nu les régions sous-maxillaires, hyoïdiennes, le larynx et les organes en rapport avec lui. Par une dissection remontant jusqu'à la voûte palatine et l'apophyse basilaire en rasant la face interne du maxillaire inférieur et la face antérieure des vertèbres cervicales, on dégage tous les organes de la région cervicale : le larynx, les glandes sous-maxillaires, les vaisseaux et les nerfs du cou, la langue et le voile du palais.

Examen de la langue et des organes avoisinants. — Vue par sa face antérieure, la masse extirpée comprend :

A la partie supérieure, la langue, ou plutôt ce qu'il en reste, c'est-à-dire à droite, un moignon informe, s'exfoliant en un détrit us noirâtre ; à gauche, une masse sanguinolente de débris sphacelés et de caillots fétides, comblant une cavité dont le prolongement va, jusqu'en arrière de la grande corne de l'os hyoïde, se perdre derrière les piliers gauches du voile du palais dans la masse du paquet vasculo-nerveux du cou.

Entourant ce magma et lui formant plancher, existe une masse dure, d'aspect lardacé, bombant en avant et sur les côtés, se prolongeant en arrière et de chaque côté jusqu'aux vaisseaux du cou. En haut elle adhère à la langue, sur les côtés aux gaines péri-vasculaires.

Complétant les rapports de la langue, — ou plutôt du détrit us qui la

représente, — un voile du palais, des piliers (le gauche en partie détruit), une luette, tuméfiés, blanchâtres, saillants.

La mort s'étant produite par une hémorrhagie buccale foudroyante, le point de départ de cette hémorrhagie a été recherché avec soin. Il n'est pas dans les carotides, ni dans les jugulaires qui, quoique traversant la néoplasie et la paroi postérieure de la cavité ulcéreuse, sont restées indemnes de toute lésion.

La rupture vasculaire a eu lieu sur une des branches du tronc thyro-linguo-facial gauche, sur la linguale, ainsi que le démontre le passage d'un stylet mousse introduit successivement dans chacune des artères et des branches artérielles de la région cervicale.

Il n'existe pas de lésions à droite; le larynx, l'œsophage sont sains.

En prolongeant la dissection dans les organes du médiastin, on constate l'absence d'hypertrophie et de lésions de ganglions à ce niveau. La trachée et les bronches sont libres.

Organes thoraciques. — Le cœur est en systole, vide de sang; le myocarde moins coloré que normalement, les valvules et orifices sains.

Pas d'épanchements ni de lésions péricardiques.

Pas d'épanchement pleural, ni d'adhérences.

Poumons. — Emphysémateux sur leurs bords et leur face antérieure. Congestion hypostatique des bases.

Poumon gauche : aspect granité dans la région moyenne et surtout à la partie postérieure. Ilots de tissu rouge, foncé, marbré de gris, ne crépitant pas. Aspect de spléno-pneumonie. Par places les lésions congestives vont jusqu'à produire des noyaux hémorrhagiques superficiels.

Poumon droit : même état.

Organes abdominaux. — Pas de liquide dans la cavité abdominale, pas de lésions du péritoine.

Foie : de volume normal, aspect de foie cardiaque, rouge à la surface avec taches et plaques blanchâtres étalées. Mou à la coupe qui donne un sang noir abondant.

Rate : non hypertrophiée, rouge, diffuente; à la coupe : tractus blanchâtres. Capsules surrénales, pancréas : pâles; rien à signaler d'apparent.

Reins ; peu hypertrophiés, pâles à la surface. Décortication facile. A la coupe : substance corticale congestionnée, peu épaissie.

Estomac : rempli de sang. Intestins normaux. Mésentère et ganglions mésentériques : sans lésions appréciables.

On note l'existence d'un kyste de l'ovaire, de fibromes utérins. Pas d'altérations macroscopiques des méninges, du cerveau du cervelet et du bulbe.

A part l'état congestif des viscères, il n'existe en aucun point de lésions nodulaires, néoplasiques ou suppuratives.

Examen histologique. — L'examen histologique a porté sur le moignon lingual, le bourrelet lardacé l'entourant, les ganglions, les poumons, le foie, la rate, les capsules surrénales, les reins.

Examen du moignon lingual. — Le moignon a été examiné en plusieurs points :

Une série de coupes portant sur une région de la langue non modifiée

pendant la vie, n'a montré qu'une infiltration leucocytaire interstitielle abondante et des dilatations vasculaires très marquées.

Sur un fragment pris dans la région voisine du point où s'est produite l'hémorrhagie, on a, au contraire, sous les yeux toutes les particularités de la lésion que nous résumons ainsi :

1^o Une partie superficielle, constituée par la région épithéliale. Celle-ci est abrasée dans une grande étendue et les papilles, en dent de scie, mises à nu ne sont plus protégées par des cellules épithéliales. Elles sont formées d'un tissu vasculaire : réunion de cavités artérielles, veineuses et lymphatiques, très développées, de tissu musculaire et d'infiltrations leucocytaires diffuses.

En un point cependant, l'épithélium a proliféré et vient former une véritable encoche cancéreuse, qui, sous forme d'amas de travées de boyaux cellulaires neoplastiques, vient écorner la zone moyenne.

Cette masse épithéliale confirme de tous points les résultats de la biopsie.

2^o La zone moyenne est un véritable tissu spongieux, ou érectile. Elle est composée de vaisseaux et de muscles. Tous ces éléments englobés et séparés par l'infiltration cellulaire. Les muscles sont coupés en travers, la plupart des faisceaux sont atrophiés et leurs éléments dégénérés.

Dans cette couche, çà et là, les éléments leucocytaires se groupent en amas, les vaisseaux ont leurs parois épaissies, leur endothélium tuméfié.

3^o La zone profonde est toute autre d'aspect que les deux précédentes.

Les vaisseaux sont plus rares et plus volumineux. Autour de certains d'entre eux, existait une zone de tissu en dégénérescence granuleuse totale au centre, mélangée d'éléments fibrillaires et de leucocytes sur les bords, et séparée des parties voisines par des cellules allongées à leur périphérie.

Avoisinant ces zones, il en existe d'autres qui, tout en présentant les mêmes altérations et dans le même ordre, n'ont pas de vaisseaux au centre. De par une analyse histologique minutieuse, on peut conclure que ces amas dégénérés ont tous les caractères des lésions gommeuses, et qu'à côté de gommages de la langue, la zone profonde présente une infiltration et des lésions vasculaires analogues à celles qui caractérisent les syphilomes tertiaires.

On peut donc conclure qu'à côté des lésions épithéliomateuses de la langue, il existait des lésions syphilitiques, et qu'il s'agit d'une glossite mixte.

Ganglions : A l'inverse de ce que la clinique avait paru démontrer, les ganglions sous-maxillaires étaient indemnes, histologiquement, de toute propagation cancéreuse. Ce qu'on croyait être une prise en masse des ganglions était une lésion inflammatoire des glandes salivaires.

Les glandes sous-maxillaires ont subi une hypertrophie considérable. Il s'est fait une véritable hyperplasie glandulaire que démontre l'analyse histologique. Hyperplasie qui a entraîné, en certains points, une modification des cellules glandulaires telle qu'on peut déjà y voir un début de lésion épithéliomateuse sans que la transformation de l'adénome inflammatoire en adénome malin soit nettement définie.

Incidemment, on peut se demander si les malformations cellulaires glandulaires des glandes sous-maxillaires ne seraient pas en rapport avec

l'élimination du mercure et de l'iode absorbés par la malade. C'est là un point qu'il est difficile de trancher.

À côté des lésions avoisinant la néoplasie linguale, il en est d'intéressantes à mentionner dans les organes.

Nous les décrivons, en attirant l'attention sur ce fait que nulle part, dans les viscères n'existaient de lésions gommeuses ou rappelant les syphilomes, mais des dégénérescences cellulaires multiples jointes à des lésions vasculaires.

Lésions viscérales. — Le foie : est histologiquement un type de foie infectieux dégénératif, c'est-à-dire qu'à côté de congestions vasculaires très marquées (pseudo foie cardiaque), il existe une dégénérescence grasseuse presque totale.

L'aspect général des lobules est conservé ; mais on est frappé par l'absence des espaces portes. Il faut les chercher avec soin pour les trouver, ils sont comme aplatis, resserrés entre les lobules. Il s'ensuit qu'il n'y a pas dans ce cas de lésions à point de départ portal ou périportal.

Poursuivant l'analyse des altérations, en allant de la limite des lobules à leur centre, on voit une dégénérescence grasseuse, qui occupe une partie du lobule ou sa totalité. Cette dégénérescence est très irrégulièrement répartie. D'une façon générale elle est plutôt marginale, entourant la périphérie du lobule, mais inégalement suivant les lobules ; dans celui-ci, elle forme une série de petites masses, qu'on aurait placées sur les bords du lobule sans les faire toucher entre elles ; dans celui-là, c'est plutôt une bande circulaire, qui isole le centre d'un lobule de sa périphérie. Il est enfin des lobules complètement atteints de cette dégénérescence.

Ces lésions grasses sont cependant moins profondes qu'elles ne paraissent à première vue : en beaucoup de points, les noyaux des cellules sont conservés, mais leur protoplasma se colore mal. Cette particularité est du reste généralisée à l'ensemble des lobules. Quoique non granuleuses et ne présentant pas de dégénérescence nette, les cellules se colorent mal.

S'il n'existe pas d'infiltrations leucocytiques, il y a une désorganisation totale de l'ordination trabéculaire, produite par une dilatation marquée des capillaires, qui sont gorgés de globules rouges. Cette congestion sanguine est à son plus haut degré dans la région moyenne du lobule : ce qui distingue les lésions de ce foie des lésions du foie cardiaque non infectieux.

Les veines sus-hépatiques ne sont pas du reste dilatées.

Les cellules qui les entourent sont au même degré d'altération que les autres et il n'y a point de manchon leucocytaire autour.

Nulle part, on ne note de tractus scléreux ni de sclérose inter-lobulaire.

Le foie a souffert dans sa nutrition cellulaire et a traduit cette souffrance par les lésions dégénératives cellulaires.

Reins. — Il en est de même du rein, dont les lésions sont identiques à celles du foie. Phénomènes congestifs intenses dans la zone corticale, dégénérescence, trouble des cellules des tubes contournés : telles sont les altérations essentielles.

Quelques corpuscules de Malpighi présentent, à la surface du bouquet vasculaire, un boursoufflement anormal de leur revêtement endothélial. Ce boursoufflement ne va pas jusqu'à la chute, la cavité glomérulaire est libre d'exsudats et de cellules.

L'épithélium des tubes contournés est épaissi, trouble ; les cellules sont saillies dans l'intérieur du tube et certaines d'entre elles ont leur noyau proliférant.

Dans la région corticale, les capillaires sont distendus et compriment les tubes par leur réplétion globulaire.

La rate. — Le pancréas, les capsules surrénales ne donnent à l'analyse histologique aucune altération bien marquée et digne d'être signalée.

Les poumons : reproduisent des altérations de tous points similaires à celles du foie et des reins : congestions sanguines du système bronchopulmonaire ou mieux bronchique et pneumonie desquamative ou plutôt desquamation catarrhale alvéolaire péri-bronchique.

Ce sont là des lésions surtout d'ordre nutritif plutôt que de cause infectieuse.

L'examen donne cependant lieu à une constatation importante : dans plusieurs alvéoles, on retrouve des cellules dont les caractères sont identiques aux cellules épithéliales linguales profondes, c'est-à-dire à des cellules irrégulières, à gros noyaux, à forme générale cylindrique.

Telles sont, résumées, les altérations organiques qui, sans présenter de caractères spécifiques, sont l'indice de troubles de nutrition imputables aussi bien à la syphilis ancienne qu'à l'épithélioma récent.

M. FOURNIER. — Voilà une démonstration irrécusable du métissage possible de la syphilis et de l'épithélioma. Cette hybridité, admise par Verneuil, a été longtemps contestée.

Cette femme avait une langue énorme, descendant jusqu'au-dessous du menton et grosse comme le poignet. Le diagnostic hésitait entre syphilis et épithélioma. On lui fait des injections de calomel, et le résultat est véritablement prodigieux ; la réduction de volume est telle que la langue est devenue ce que vous venez de voir : de colossale, naine. Or, l'examen histologique démontre que cette langue est épithéliomateuse. Le calomel n'a pu avoir une action aussi merveilleuse sur des tissus purement épithéliomateux ; mais il a réduit ce que cette langue avait en quel que sorte de syphilitique.

Ce fait explique beaucoup d'autres cas analogues, et dont l'interprétation me paraissait jusqu'alors très obscure. Bien des fois il m'est arrivé d'être consulté pour une langue dite syphilitique par les uns, épithéliomateuse par les autres.

Les chirurgiens refusent d'intervenir et je suis amené à pratiquer, sans conviction, des injections de calomel. Or, sous cette influence, on voit la tumeur diminuer comme par enchantement, pendant quinze jours, trois semaines. Puis l'amélioration s'arrête, malgré la continuation du traitement, et le malade meurt en trois mois. J'ai observé plus de vingt cas semblables. Aussi je crois que l'hybridité est beaucoup plus commune qu'on ne le croit aujourd'hui.

Le Secrétaire,

L. BRODIER.

REVUE DES SOCIÉTÉS SAVANTES

BERLINER DERMATOLOGISCHE GESELLSCHAFT.

Séance du 1^{er} mars 1898.

Impetigo contagiosa gangræna.

OESTRICHER présente un deuxième cas d'impétigo contagieux gangréneux. L'affection s'étend dans le voisinage de l'oreille droite. Des eschares noires se sont formées, et sont ensuite tombées ; les plaies superficielles qui persistent, guérissent en laissant une cicatrice évidente. L'orateur n'a fait qu'un diagnostic d'attente.

ROSENTHAL se demande s'il ne s'agit pas d'un exanthème médicamenteux antérieur.

ISAAC I. croit à un herpès zoster gangréneux, provoqué par une maladie des nerfs acoustique et facial.

LESSER conclut très nettement à un herpès zoster ordinaire.

Ichtyose hystrix.

MAX JOSEPH présente un jeune homme de 17 ans atteint d'ichtyose hystrix. L'affection très caractérisée a envahi tout le corps. Il existait partout des lésions semblables à des verrues, comme on peut en voir encore sur la face d'extension des coudes, en plusieurs points du dos et sur le genou. Le reste du corps est à présent lisse, sous l'influence de tablettes de thyroïdine. Le pli des coudes, la paume des mains et la plante des pieds sont atteints. Sur la paume des mains et la plante des pieds on voit encore les modifications qu'on a décrites sous le nom de kératome palmaire et plantaire. J. est convaincu qu'on ne saurait séparer cette affection de l'ichtyose. Le traitement a consisté en thyroïdine dont le malade a pris 270 tablettes, soit 72 grammes de substance pure ; ce n'est qu'après ce traitement qu'une amélioration s'est produite. Il est impossible de dire si le malade guérira complètement. Un point important à noter, c'est l'atrophie très prononcée des mains. J. est persuadé que l'hyperkératose prolongée a déterminé une atrophie par compression.

L'examen anatomique de ce cas a montré un réseau atrophié, grêle, sur lequel on voyait un amas considérable de masses cornées. Dans les verrues ordinaires, le réseau de Malpighi se développe en proportion du stratum corné. Quant à la kératohyaline que Unna n'aurait pas réussi à constater dans l'ichtyose simple, et qui, d'après Unna, manquerait dans l'ichtyose hystrix, J. l'a observée dans son cas. Tandis que dans la verrue ordinaire il existe 10 à 12 couches de kératohyaline, dans l'ichtyose hystrix, il n'y a peut-être qu'une couche de visible, si grande est la différence. Or tandis que dans la verrue on trouve de la kératohyaline et de l'éléidine, dans l'ichtyose hystrix cette dernière substance fait complètement défaut.

J. croit, contrairement à Unna, qu'il existe une relation entre la kératohyaline et la kératinisation; car, d'une part, dans les hyperkératoses, outre une couche cornée très développée avec cellules cornées sans noyaux, il existe une couche épaisse de kératohyaline; de l'autre, dans les parakératoses, où il y a encore des cellules cornées avec des noyaux, parfois la kératinisation est insuffisante et il n'existe pas de kératohyaline. Avec la méthode de Gram, on peut constater une faible proportion de petits granules bleus—granules de kératohyaline d'Ernst. Au tiers moyen et au tiers inférieur du chorion, les fibres élastiques étaient très atrophiées; dans le tiers supérieur on n'en trouvait pas trace. On peut rattacher cette disparition à une simple atrophie par compression, bien qu'il soit difficile d'expliquer pourquoi on ne trouve pas des états analogues dans d'autres hyperkératoses: cors, tylosis, etc., il s'agit peut-être d'une dégénérescence spontanée du système élastique fibreux qui se produit simultanément avec d'autres altérations dues à l'ichtyose. Cette dernière hypothèse paraît être la plus vraisemblable. Il y a dans le chorion un état inflammatoire modéré. Le pigment est apparent, non seulement dans la couche cylindrique, mais aussi dans le tiers supérieur du chorion, sous forme d'un grand nombre de cellules de tissu conjonctif ramifiées, revêtues d'une couche épaisse de pigment.

DELBANCO est convaincu que la dénomination d'ichtyose nigricans partialis, préférée par quelques auteurs pour le nævus linéaire, n'est pas fondée, car les caractères histologiques du nævus linéaire sont différents de ceux de l'ichtyose hystrix. Il ne comprend pas pourquoi J. met en rapport étiologique la kératinisation et l'apparition de la kératohyaline quand, dans certaines formes pathologiques de kératinisation, on ne trouve pas de kératohyaline.

BLASCHKO dit que le nævus linéaire décrit par lui et Alexander présentait tous les caractères cliniques et histologiques de l'ichtyose locale; on n'est donc pas autorisé à le rayer du groupe de l'ichtyose. Une particularité de l'ichtyose hystrix et du nævus linéaire consiste dans une infiltration inflammatoire des couches supérieures du derme. Ce phénomène est si constant qu'on ne saurait le regarder comme secondaire. Dans tous ces cas, il y a une anomalie congénitale de formation et déjà dans le germe il y a une tendance à l'inflammation.

JOSEPH est convaincu que dans l'ichtyose il s'agit non d'un processus terminé, mais d'une maladie à marche progressive. Il admet la possibilité d'une kératinisation sans kératohyaline; toutefois, ce n'est pas encore démontré. Comme l'inflammation est très peu accusée, il ne croit pas que la disparition du réseau de fibres élastiques en soit la conséquence.

Herpès zoster gangréneux.

VOLLNER présente un stéréophotogramme d'un cas d'herpès zoster gangréneux chez un homme de 40 ans, qui avait eu autrefois un rhumatisme articulaire, et chez lequel le zoster s'est peu à peu aggravé. Dès le cinquième ou le sixième jour, l'affection avait envahi le thorax et le dos et il y avait de larges foyers gangréneux. En même temps toute la moitié du thorax était très douloureuse. Le processus inflammatoire local a, par suite d'une com-

pression anormale, arrêté l'afflux du sang artériel et la gangrène s'est produite consécutivement.

Langue noire.

VOLLMER présente des préparations microscopiques, provenant d'un malade qui a eu la syphilis l'année précédente. Toute la surface de la langue a une teinte noire. Au microscope, on trouve des corpuscules blancs du sang, des corpuscules salivaires typiques et des productions cornées spéciales. Il s'agissait dans cette affection d'une hypertrophie de la muqueuse linguale avec développement de la couche épithéliale de chaque papille. Le malade dit que sa langue était noire avant d'avoir été infecté. Dans plus de la moitié des cas, on trouve cependant une infection syphilitique antérieure.

Chancres infectant de la gencive.

BRUHNS présente un malade, entré à la Charité pour un chancre mou; en se promenant dans le jardin, il accepta une cigarette que fumait un autre malade atteint d'une syphilide spécifique et de plaques muqueuses de la lèvre. Dans la Haute-Égypte, c'est un mode de contagion très habituel. Les Arabes se demandent réciproquement les cigarettes qu'ils fument.

Atrophie de la peau.

BRUHNS présente une malade de 34 ans, atteinte d'une forme spéciale d'atrophie de la peau. Il y a 9 ans, rougeur du bras gauche; en peu de temps elle s'étendit sur la main et jusqu'à l'épaule. Ni prurit ni sensation de brûlure, ni desquamation. La peau est actuellement facilement mobile, plissée et mince comme du papier à cigarettes. Un bras seul est atteint. Pas de troubles de la sensibilité. En même temps B. a observé une femme de 47 ans qui, depuis 15 ans, présente une lésion semblable aux deux bras. Il est disposé à ranger ces cas d'atrophie idiopathique à côté de ceux décrits par Touton et Pospelow. Seuls les côtés de l'extension sont atteints.

LEDERMANN trouve que le cas actuel ne correspond pas absolument à ceux de Touton et de Pospelow, les lésions de la peau n'étant pas aussi accusées et, d'autre part, étant unilatérales.

Chancres extra-génitaux.

LEDERMANN présente deux enfants atteints de chancre extra-génitaux, qui ont été contagionnés par la mère; l'un a un chancre syphilitique du pli de l'aîne, l'autre de la lèvre inférieure.

Séance du 3 mai 1898.

Lupus ou syphilis ?

SILBERSTEIN présente une jeune fille de 16 ans, malade depuis l'âge de 3 ans. Parents sains. L'affection a commencé par une éruption sur la tête, qui guérit spontanément. Ensuite, exanthème sur la cuisse droite qui guérit également. Il y a deux ans le visage fut aussi atteint. Actuellement, ulcérations serpiginieuses sur toute la jambe, principalement autour du

genou ; le visage tout entier est envahi de la même manière. Sous l'influence de l'iodure de potassium les plaies se sont en grande partie cicatrisées. Au microscope, on constate une infiltration de cellules rondes. Au centre du foyer, amas de cellules épithélioïdes. Les cicatrices sont blanches et minces.

JOSEPH, BLASCHKO, LESSER pensent qu'il s'agit d'un lupus.

SAALFELD croit qu'il s'agit d'une syphilis acquise à l'âge d'un ou deux ans. Les granulations n'ont pas l'aspect de granulations lupiques.

Lichen ruber.

ISAAC II présente un malade de 33 ans, atteint de lichen ruber plan très généralisé. Comme à la suite d'un traitement par le goudron il survint de nombreuses bulles, le diagnostic était difficile à poser. Sur le palais il y avait aussi des papules; la muqueuse buccale présentait une teinte ardoisée.

Vasogène sulfureux.

BLASCHKO présente un vasogène sulfureux qu'il n'a jusqu'à présent employé que dans les maladies séborrhéiques, dans le defluvium capillitii et l'alopécie prématurée. Le vasogène a une réaction à peu près neutre ou acide. Pour qu'il ne se forme pas d'acide sulfureux ni hyposulfureux on neutralise la solution par l'addition d'ammoniaque.

Herpès zoster.

BLASCHKO a vu dans les derniers mois un grand nombre de cas d'herpès zoster; il règne en ce moment à Berlin une épidémie momentanée de cette affection. Il a trouvé que, en connexion avec l'épidémie d'influenza, il s'est produit une aggravation notable des zosters et, d'autre part, on a constaté de même une augmentation comme nombre.

Lupus érythémateux disséminé.

BLASCHKO présente un malade avec un exanthème sur le front, le nez, les joues et les oreilles qui, comme aspect, rappelle le lupus érythémateux disséminé. La même éruption existait l'année précédente; guérison spontanée, sans aucune cicatrice. Actuellement, nombreuses papules, plus ou moins volumineuses, avec petits prolongements cutanés qui s'enfoncent dans l'épiderme perforé en forme de crible. Sur les oreilles, excroissances verruqueuses. Ce malade est épileptique et prend du brome depuis trois ans. Mais, comme l'affection n'a pas le caractère bulleux et, comme depuis des semaines le malade ne prend plus de préparations bromurées, Blaschko n'est pas d'avis que cet exanthème ait été provoqué par le brome.

JOSEPH admet absolument un exanthème bromique; le lupus érythémateux disséminé survient par poussées aiguës. Le malade ayant déjà été atteint de cette affection et celle-ci n'ayant pas laissé de cicatrices, c'est une preuve en faveur d'un exanthème bromique.

SAALFELD fait observer qu'il y a des formes de transition entre les érythèmes à récidives fréquentes et le lupus érythémateux.

Érythème radiographique.

LEDERMANN présente un malade portant sur le dos une plaque de la

largeur de la main, formée de plusieurs petites cicatrices blanchâtres et de nombreuses petites télangiectasies, résultant de l'emploi fréquent des rayons Röntgen; ce malade a été, en 1896, employé à plusieurs reprises à des recherches de ce genre.

BLASCHKO mentionne les plus récentes expériences sur ce sujet, d'après lesquelles ce ne sont pas les rayons Röntgen eux-mêmes, mais les gaz qui se forment pendant les décharges électriques et traversent les tubes insuffisamment épais, qui seraient la cause de l'action nocive.

LION fait remarquer que ce malade a été pendant des semaines presque chaque jour soumis à l'éclairage Röntgen. L'affection était alors le double de ce qu'elle est actuellement.

Protargol.

ROSENTHAL possède des renseignements exacts sur 68 cas traités par le protargol, 53 de blennorrhagie aiguë et 15 de blennorrhagie chronique; 15 malades étaient infectés pour la première fois, les autres avait eu de 2 à 10 blennorrhagies. Pour les injections on a suivi les prescriptions de Neisser. Sept malades atteints de blennorrhagie aiguë et un de blennorrhagie chronique ont été sûrement guéris. Chez un malade, traité le cinquième jour après l'infection, on ne constatait plus dès le troisième jour trace de sécrétion. Deux autres malades ont guéri, l'un en 11 jours, l'autre en 15 jours, un troisième après quatre semaines. Dans la majorité des cas les gonocoques disparaissaient dans l'espace de 3 à 6 jours; dans un petit nombre de cas on a employé des solutions plus concentrées de 1 à 2 p. 100; dans quelques cas on n'a pas réussi à supprimer les gonocoques. Dans les cas chroniques, on a appliqué le protargol, alors même que l'écoulement était encore abondant. Dans une blennorrhagie qui durait depuis trois mois, une solution de protargol à 1 p. 100 fit disparaître toute trace d'écoulement. D'une manière générale, R. n'est pas partisan d'un traitement trop actif. Il est préférable de commencer avec des solutions à 1/4 p. 100. Dans l'uréthrite de la femme, on peut débiter avec des solutions de 5 à 10 p. 100, car la muqueuse uréthrale de la femme est moins sensible que celle de l'homme.

L'emploi du protargol constitue donc un progrès dans le traitement de la blennorrhagie; il est peu irritant, exerce une influence incontestable sur les gonocoques, et dans un petit nombre de cas il détermine à lui seul une guérison définitive.

Séance du 24 mai 1898.

Discussion sur le protargol.

LESSER a traité 17 cas de blennorrhagie avec le protargol. En moyenne 8 jours ont suffi pour faire disparaître les gonocoques et, après quatre à six semaines, comptées du début de la maladie, les symptômes cliniques. Il est d'accord avec Rosenthal et Finger sur ce fait que dans une série de cas le protargol a une action favorable, dans d'autres son action est moindre et enfin est nulle chez un petit nombre de malades.

BLOCH a trouvé que le protargol a des réactions différentes: sur 17 flacons, 3 avaient une réaction acide. Les astringents lui ont donné les

mêmes résultats que le protargol. Il ne croit pas à l'action profonde du protargol, qui sous ce rapport est inférieur à l'argonine.

JOSEPH pense que c'est la différence dans la nature de la muqueuse uréthrale et dans la virulence des gonocoques qui explique le mieux la différence de temps nécessaire pour leur disparition. Dans quelques cas ils ne sont pas tués; c'est lorsqu'il y a déjà des infiltrats sous-muqueux. Il faut commencer le traitement aussitôt que possible.

HELLER est d'avis que le protargol ne mérite pas une place à part et que l'ancienne méthode astringente ne lui est pas inférieure.

BLASCHKO croit que dans les premières périodes de la blennorrhagie le protargol n'agit pas mieux que l'argonine qui est plus active que les autres sels d'argent à condition de l'employer à propos. Aucun des remèdes nouveaux n'est aussi efficace que les solutions argentiques concentrées.

GEBERT n'emploie plus la méthode abortive, car la douleur et la réaction sont parfois assez intenses. La recommandation de Welandér d'employer le protargol comme préventif mérite une attention particulière. Pour éviter l'urétrite postérieure, Gebert fait une irrigation avec une solution de protargol à 2 p. 100 et des lavages avec une seringue contenant 10 centimètres cubes. De cette façon il n'a jamais observé ni irritation ni douleur. Dans 30 cas les injections prolongées n'ont pas eu une mauvaise influence. Parmi ceux-ci, chez 10 malades on constata la disparition des gonocoques au bout de trois jours.

PALM a dernièrement traité avec les injections de protargol à un quart p. 100 deux cas qui avaient un caractère brusque et grave. La sécrétion purulente devint plus abondante sous l'influence de ce traitement et s'accompagna d'un œdème de tout le pénis.

SAALFELD dit que pour favoriser la solubilité du protargol il faut le triturer avec une petite quantité de glycérine et ajouter ensuite de l'eau.

ROSENTHAL a employé plus fréquemment autrefois la méthode abortive avec le nitrate d'argent. Dans un certain nombre de cas les résultats ont été satisfaisants, mais souvent il est survenu des symptômes graves. Il ne peut en être question que quand le malade se présente un jour après le coït infectant.

Séance du 14 juin 1898.

Traitement des lésions des glandes sébacées.

SAALFELD présente un appareil, construit d'après un modèle américain, pour le traitement des lésions des glandes sébacées. Il consiste en un entonnoir à double paroi dans lequel se trouve de l'eau chaude et derrière lequel est placé un appareil ordinaire d'inhalation. Après avoir frotté le visage avec de l'alcool de savon alcalin, l'eau de l'appareil est conduite par un petit tube dans un linge qui l'absorbe. C'est dans l'acné indurée qu'on obtient les meilleurs résultats. La température de l'eau est de 54 à 55° C. et celle de l'air, dans l'entonnoir, de 42 à 45°. La séance est d'environ 5 à 10 minutes.

LESSER croit que cet appareil peut remplacer avec avantage les lavages à l'eau chaude.

Chancrè déterminé par le rasoir.

JOSEPH présente un cas de chancrè transmis par le rasoir. L'orateur trouve que le nombre des chancres extra-génitaux augmente. On devrait exercer une grande surveillance sur les boutiques de barbiers.

LESSER croit que l'infection a lieu en général plus tard par un baiser, après une plaie faite dans la boutique d'un barbier. Dans les épidémies antérieurement connues, d'innombrables contagions se sont produites dans les boutiques de barbiers ou de ventouseurs.

BLASCHKO traite actuellement deux malades atteints de chancrè du doigt : chez l'un d'eux la contagion a été produite par un crayon de nitrate d'argent. Il conseille d'employer de préférence, des solutions de nitrate d'argent, de 5 à 10 p. 100.

Leukonychie.

JOSEPH présente une jeune fille atteinte de leukonychie. Trois cas seulement ont été publiés jusqu'à présent. Cette affection provient d'une infiltration d'air dans les ongles qui paraissent alors blancs comme de la neige. La cause est inconnue jusqu'à présent. Chez cette malade les ongles présentent une autre altération très spéciale, leur convexité est dirigée en bas et la concavité en haut. Sur les bords, kératose sous-unguéale. Au microscope, on ne constate dans les cellules unguéales que des couches de kératohyaline et de nombreuses bulles d'air. Sur les dents incisives supérieures il existe des destructions considérables et des dépressions ; sur les incisives inférieures, saillies en forme d'épines ; ces lésions n'ont rien de commun avec les dents d'Hutchinson. C'est sans doute l'absence de sels calcaires à la suite d'un trouble de nutrition qui a entravé la croissance ; il est probable que cette affection est liée au rachitisme.

BLASCHKO pense que la coloration blanche n'est pas occasionnée par une infiltration d'air, comme les taches qu'on observe très souvent sur des ongles d'ailleurs sains, mais par un état exsangue très prononcé comme dans la lunule. Comme il existe tout autour de l'ongle une kératose, il est probable qu'elle se continue au-dessous de l'ongle et qu'elle détermine la compression des vaisseaux sanguins.

HELLER croit que ces colorations sont très probablement d'origine nerveuse. Il ne s'agit pas ici d'une leukonychie, car la malade est très anémique. Dans la leukonychie, les extrémités des doigts sont très rouges ; il n'en est pas ainsi dans le cas de Joseph, car les doigts sont très anémiés. Quant aux excavations des ongles, il les a rencontrées aussi dans l'eczéma des ongles, avec lésions eczémateuses des doigts et du reste du corps. A l'éclairage électrique, les points blancs de la leucopathie ressortent comme des parties sombres. On peut ainsi se convaincre que les points blancs existent déjà dans la matrice unguéale. Sur des coupes en séries il est facile de se rendre compte s'il y a des infiltrations d'air ou des accidents quelconques faisant croire à cette infiltration.

JOSEPH ne croit pas que l'anémie puisse provoquer une affection de ce genre ; ces anomalies s'observeraient alors plus fréquemment. Il ne lui paraît pas non plus démontré que l'hyperkératose soit la cause de cette altération, car ce n'est que sur le bord de l'ongle qu'on trouve des traces

de kératose. On ne pourrait non plus avoir affaire à un eczéma, cette malade n'a jamais eu d'eczéma. D'ailleurs ces anomalies des ongles sont plus fréquentes que l'eczéma des mains. La leucopathie s'observe assez fréquemment, mais elle n'a aucun rapport avec la leukonychie.

BLASCHKO pense qu'il s'agit d'un cas de très grande anémie.

ROSENTHAL ne saurait dire s'il s'agit ici d'un cas de leukonychie. L'anémie éventuelle de l'ongle est très facile à expliquer par la compression de la convexité de l'ongle qui est ici dirigée en bas.

Acanthosis nigricans.

JOSEPH présente un jeune homme de 27 ans atteint, depuis le mois de mars de cette année, d'acanthosis nigricans localisée sur le front et le cuir chevelu et qui actuellement gagne la nuque. Au début il croyait qu'il s'agissait de verrues planes juvéniles. L'examen microscopique a confirmé le diagnostic d'acanthose. J. pense que l'acanthose nigricans n'est pas une forme atypique d'ichtyose. Dans l'ichtyose, en effet, il y a un amincissement; dans l'acanthose, au contraire une prolifération considérable du réseau. Chez ce malade il n'y a pas de carcinome des voies digestives; il est encore, il est vrai, très jeune. Le raclage des excroissances avec la curette n'a pas donné de résultat.

LESSER remarque que dans tous les cas publiés l'intensité était beaucoup plus grande et la pigmentation beaucoup plus caractérisée qu'ici. Peut-être, s'agit-il d'une acanthose en voie de développement. Il n'oserait pas faire le diagnostic dès à présent.

ROSENTHAL partage l'hésitation de Lesser. Il a observé pendant plusieurs mois ce malade et avait cru à des verrues planes du front; sur le reste du visage et la nuque il n'y avait encore rien. Un traitement arsenical fut suivi de régression des excroissances, ce qui vient à l'encontre du diagnostic d'acanthose. L'emploi prolongé de l'arsenic peut déterminer une pigmentation très prononcée sur quelques régions du corps.

JOSEPH a prescrit de l'arsenic au début, mais sans résultat. Il ne connaît pas de cas dans lequel des verrues planes auraient reparu après avoir été modifiées par l'arsenic. Les pigmentations occasionnées par l'arsenic présentent d'autres caractères que ceux observés chez ce malade. L'examen anatomique paraît appuyer le diagnostic.

Lymphangiomes tubéreux multiples.

LESSER présente un homme de 32 ans qui, depuis l'âge de 10 ans, a sur la paroi antérieure du thorax un certain nombre de petites nodosités de la grosseur d'une tête d'épingle à celle d'une lentille. L'examen anatomique a montré qu'il s'agissait de l'affection que Kaposi a le premier décrite sous le nom de lymphangiomes tubéreux multiples. Lesser croit que ces tumeurs ne sont pas en connexion avec les glandes sudoripares, mais qu'elles ont leur point de départ dans les vaisseaux sanguins ou dans l'endothélium des vaisseaux lymphatiques.

BLASCHKO a, dans un cas semblable, pu constater le rapport des kystes avec les glomérules des glandes sudoripares, en partie aussi avec leurs canaux excréteurs.

A. DOYON.

SOCIÉTÉ DE SYPHILIGRAPHIE ET DE VÉNÉRÉOLOGIE
DE MOSCOU*Séance du 24 avril 1898.***Réinfection syphilitique probable.**

N. S. SPERANSKY présente un homme porteur d'un chancre infectant du sillon rétro-prépuce avec lymphangite de la verge et adénite inguinale. Il y a 4 ans le malade a eu un chancre induré avec syphilides cutanées et muqueuses, traité à cette époque par le professeur Pospeloff, et depuis lors le malade se trouvait sous l'observation de M. Speransky jusqu'en 1897. La dernière manifestation eut lieu en août 1896. Le chancre actuel parut le 29 mars 1898, commençant par une fissure puis se creusant et s'indurant. Pour juger définitivement, S. attend l'apparition des phénomènes secondaires.

Syphilides de la lèvre.

G. A. KUSEL présente un homme de 57 ans, porteur d'une lésion de la lèvre de diagnostic difficile. La moitié droite de la lèvre inférieure présentait une ulcération diffuse, mais superficielle à bords non indurés; sur la moitié gauche se trouvaient des taches leucoplasiques. Les ganglions sous-maxillaires étaient hypertrophiés et indolores, tous les autres ganglions étaient normaux. Pas d'autres syphilides, pas d'induration ni d'œdème de la lèvre, ni trace de chancre génital. La biopsie démontra néanmoins qu'il s'agissait d'un granulome syphilitique et en effet, peu de temps après, survinrent d'autres manifestations secondaires. K. fait la critique du procédé de Döhle et se prononce contre lui.

POSEPELOFF est du même avis.

Psorospermosse guérie par l'arsenic.

E. S. GLAVTCHÉ a montré un malade âgé de 36 ans, hystérique, atteint de la maladie de Darier compliquée par l'hystérie et présentant quelques signes de dégénérescence dont l'état allait en s'aggravant, malgré les traitements arsenical et autres suivis en 1895 pendant quelques mois. Sur le conseil de M. Pospeloff on a prescrit au malade, très épuisé, des injections d'arsenic (solution d'arséniate de soude à 1 ou 1 et demi p. 100) à doses progressivement croissantes (en tout il a été injecté 0,275 milligr.) et localement de la lanoline et du savon vert. Déjà au bout d'un mois l'état général du malade s'est beaucoup amélioré, et il est devenu moins nerveux.

Les éléments éruptifs sont devenus indolores à la pression et se sont atrophiés par places. Au fur et à mesure que l'état général s'améliorait, l'éruption disparaissait, en laissant à la place des nodules des taches pigmentées.

Réinfection syphilitique (chez un médecin).

A. P. OUSTINOFF rapporte l'observation d'un cas de réinfection, chez un confrère. La première fois le chancre induré survint en 1890, suivi bientôt de syphilides; le diagnostic fut alors confirmé par le professeur Pospe-

loff. En 1891, survint une gomme ulcérée d'une amygdale, et ce fut la dernière manifestation.

En janvier 1898, il se développa, à la suite d'un coït suspect, un nouveau chancre syphilitique, cette fois encore confirmé par le professeur Pospeloff et suivi bientôt d'une roséole caractéristique et de syphilides papuleuses plantaires. Le cas semble donc bien probant.

Folliculite tuberculeuse.

S. KRACHT communique un cas de folliculite tuberculeuse, où, grace au traitement par le galacol et les frictions avec du savon vert et la lanoline, on obtint la disparition de l'éruption (le diagnostic avait été confirmé par la biopsie).

S. BROÏDO.

SOCIÉTÉ RUSSE DE SYPHILIGRAPHIE ET DE DERMATOLOGIE DE SAINT-PÉTERSBOURG

Séances des 28 février et 28 mars 1898.

Propagation et traitement du favus.

O. V. PETERSEN, d'accord avec Pick et Tichoutkine, croit le favus d'autant plus fréquent que le degré de civilisation du pays est moins élevé ; il est en outre plus répandu parmi les musulmans et les israélites. Le traitement de l'auteur consiste en applications sur la tête d'une pommade renfermant 2 p. 100 d'acide phénique ; puis d'un bonnet imperméable qu'on garde 24 heures, le traitement est répété 3-4 fois, jusqu'à ce que la peau devienne lisse. On badigeonne alors le cuir chevelu avec de la teinture d'iode d'abord tous les deux jours, puis tous les trois jours, etc. On peut, d'après l'auteur, traiter ainsi le favus sans recourir à l'épilation. La nouvelle loi qui exclut le favus du nombre des maladies susceptibles d'exempter les recrues du service militaire, facilitera sans doute la propagation du favus dans l'armée.

N. N. YAKIMOVITCH a observé depuis 1886, 77 cas de favus chez les soldats. Dans ce nombre il y avait 34 israélites et 1 tartare. Il croit absolument nécessaire de pratiquer toujours l'épilation, car le champignon du favus siège assez profondément. La durée du traitement variait de quelques semaines à 9 ou 10 mois ; souvent le traitement est resté absolument inefficace. Les maladies fébriles aiguës qui peuvent survenir au cours du favus, n'ont aucune influence sur cette affection. Yakimovitch relate encore un cas de favus chez un enfant de 5 ans, traité sans résultat pendant des années tantôt par l'acide phénique, tantôt par la teinture d'iode : les petits cheveux qui repoussaient après la coupe, étaient colorés en jaune par l'iode, de même que le champignon qui y était toujours implanté.

POLOTEBNOFF est partisan de l'épilation.

Séance du 25 avril 1898.

Dystrophie dentaire dans le prurigo.

P. P. ABRAMITCHEFF a constaté des dystrophies dentaires chez 24 malades

atteints de prurigo ; en outre, chez 12 de ces malades il y avait en même temps arrêt de développement des organes génitaux. Aussi l'auteur croit-il que le prurigo est une manifestation nerveuse de la dégénérescence.

Naphtalane en dermatologie.

ABRAMITCHEFF communique les résultats très satisfaisants qu'il a obtenus dans le traitement de diverses dermatoses (eczéma, érythèmes, prurigo, pemphigus) par l'application des pansements au naphtalane qui est un produit de la distillation sèche du naphte. Le naphtalane est surtout recommandable par son action analgésique, calmante et antiseptique.

S. BRODO.

SOCIÉTÉ MÉDICALE DES HOPITAUX DE PARIS

Séance du 1^{er} juillet 1898.

Hystérotocie. Onychomycose trichophytique.

EDGARD HIRTZ et JACQUET rapportent l'observation d'un homme saturnin, hystérique, neurasthénique, présentant des lésions unguéales portant sur tous les ongles des deux mains et des deux pieds, à l'exception de ceux du médius et de l'annulaire droits. Ses ongles sont épaissis, longitudinalement ont perdu leur transparence, sont d'un blanc jaunâtre mat. Leur bord libre est usé inégalement suivant les doigts. L'épaississement de l'ongle est dû à l'augmentation et à l'altération des couches profondes qui apparaissent filamenteuses, friables, comparables à des brins d'amiante, mais d'un ton mat et non brillant.

Aux mains et aux pieds, on constate au microscope une infiltration trichophytique, peu abondante, pauvre, et on peut se demander si cette végétation mycosique suffit à expliquer des lésions aussi importantes, et si elle ne s'est pas greffée sur des parties trophiquement altérées en modifiant plus ou moins la qualité du trouble trophique.

D'ailleurs, des lésions nerveuses peuvent simuler la trichophytie. Chez un autre malade, saturnin, alcoolique, les auteurs ont constaté une névrite légère des membres inférieurs. Chez ce malade, les ongles présentaient l'aspect typique des ongles blancs, amiantacés, et en moelle de jonc, et cependant l'examen histologique et l'examen bactériologique furent négatifs.

Séance du 15 juillet 1898.

Tuberculose cutanée due à une ostéo-périostite sternale.

JACQUET et DU PASQUIER présentent un homme de 30 ans, atteint depuis 8 mois, consécutivement à une lésion suppurée de l'appendice xiphoïde, d'une lésion cutanée actuellement caractérisée par une surface cicatricielle, semée de dilatations vasculaires, rosée, lisse, ovalaire, de la largeur de la paume de la main. Au centre de cette surface, une dépression cicatricielle, mais irrégulière, froncée, solidement adhérente à la base de l'appendice xiphoïde. Autour de la cicatrice, dans toute son étendue, une rigole ulcérée, assez profonde, un peu bourgeonnante par places, et suppurant abondamment. Cet ulcère sinueux, polycyclique, est séparé de la

peau saine par un léger bourrelet rouge foncé, violacé. Dans le pus, d'aspect phlegmoneux, nombreux bacilles de Koch. Pas de tubercules lupiques, pas de papillomes. Cicatrisation rapide par un simple pansement à l'eau bouillie.

Hyperesthésie névro-musculaire chez un arthro-blennorrhagique.

JACQUET présente un homme de 25 ans, névrosé, alcoolique et paludéen, atteint depuis de rhumatisme blennorrhagique, chez lequel tous les nerfs et tous les muscles du corps sont sensibles à la pression, avec une prédominance du côté droit: la pression sur un muscle ou la friction un peu forte sur un nerf suffit à déterminer un violent sursaut. La sensibilité cutanée est à peu près égale des deux côtés, peut-être un peu plus accusée du côté droit.

Jacquet a recueilli une dizaine d'observations semblables.

Séance du 28 juillet 1898.

Sur les vésicules aberrantes du zona.

JEANSELME et LEREDDE rapportent trois observations de zona avec vésicules aberrantes plus ou moins éloignées des lésions principales du zona: la plupart occupaient le même côté du tronc que celles-ci et dans des régions peu éloignées; dans un cas de zona thoracique étendu de la hauteur de l'apophyse épineuse de la 5^e dorsale à celle de la 7^e à droite, elles occupaient en grand nombre le côté droit du thorax et du cou, en moins grand nombre les régions dorsale, fessière, trochantérienne et abdominale du côté droit, la paroi thoracique, le moignon de l'épaule, le bras et l'avant-bras, la région fessière, la face antérieure de la cuisse à gauche.

Ces faits cadrent bien avec l'hypothèse de la fièvre zostérienne. Pour J. et L., on peut admettre que le groupement des vésicules sous forme de zona dans une région déterminée tient à ce que certains territoires métamériques, par suite d'une prédisposition héréditaire ou acquise, résistent moins efficacement que leurs congénères aux agents infectieux.

LE GENDRE observe en ce moment un malade qui, huit jours après une éruption de zona qui était en pleine dessiccation, eut une nouvelle ascension thermique et présenta une éruption de zona à la fesse.

GIRAudeau rapporte deux cas de zona avec vésicules aberrantes, lesquelles laissèrent à leur suite des cicatrices indélébiles tout à fait comparables à celles des plaques de zona. Ces vésicules aberrantes occupaient des points très éloignés des plaques de zona, et dans un cas étaient disséminées sur toute la surface du corps.

Séance du 1^{er} octobre 1898.

Note sur les vésicules aberrantes du zona.

FÉRÉ a observé une jeune tuberculeuse, atteinte de cavernes du sommet gauche, chez laquelle survint sur le côté droit de la poitrine un zona, constitué par deux plaques oblongues. L'une était située au niveau de l'angle inférieur de l'omoplate, l'autre au-dessus du mamelon. Les jours

suivants, on vit successivement apparaître des vésicules isolées à la nuque et derrière l'oreille gauche, à la joue et sur le front du côté droit, puis un groupe dans la région sus-épineuse gauche. Le jour de l'éruption du zona, on a pu constater plusieurs points douloureux à la pression le long du rachis, qui n'avaient aucun rapport avec le siège de l'éruption principale. Ce fait peut être cité à l'appui du siège intra-rachidien de la lésion causale du zona.

Séance du 21 octobre 1898.

Ulcération tuberculeuse du voile du palais.

Du CASTEL a observé un homme de 42 ans, atteint de tuberculose pulmonaire avancée, qui se plaignait de douleurs de gorge très violentes, empêchant presque complètement l'alimentation; sur la ligne médiane du voile du palais, ulcération légèrement ovale, de 6 millimètres de long sur 4 de large, ayant l'aspect des perforations syphilitiques; en outre, au niveau de la dernière grosse molaire supérieure droite, une ulcération irrégulière, assez étendue, assez profonde par places, avec de nombreux petits grains jaunes à son pourtour. Le malade mourut quelques jours plus tard. A l'autopsie, on trouva la muqueuse nasale, au pourtour de la perforation, ulcérée et bourgeonnante; l'examen microscopique des bords de la perforation y fit reconnaître la présence de nombreux bacilles de Koch.

Séance du 4 novembre 1898.

Un cas d'érythème polymorphe à distribution partiellement symétrique et zostériforme.

THIBIERGE présente un homme de 45 ans, atteint d'érythème polymorphe exsudatif, survenu à la suite d'une lymphangite du bras et de l'avant-bras avec adénite volumineuse de l'aisselle. L'éruption, sous forme d'éléments rouges arrondis, légèrement violacés à leur centre, est peu abondante sur les membres et sur le visage. Sur le tronc, elle forme des placards occupant symétriquement les régions scapulaires, un immense placard triangulaire et médian, étendu depuis la quatrième apophyse épineuse dorsale jusqu'au niveau de la ceinture, limité en haut par des bords rectilignes très accusés; on voit en outre des éléments isolés et, en dehors du côté gauche du placard triangulaire, trois plaques allongées, obliques en bas et en avant, à configuration zostériforme.

Cette topographie très remarquable est en faveur de l'intervention du système nerveux dans la production de l'éruption.

Séance du 16 décembre 1898.

Un cas de fièvre herpétique.

RÉNON rapporte l'observation d'une fillette de 8 ans, prise rapidement de fièvre, avec céphalalgie, nausées et toux, chez laquelle se produisirent de nombreuses localisations d'herpès: amygdales, voile du palais, langue, pourtour de la bouche, centre de la joue gauche, en même temps qu'on constatait des signes de bronchite; les trois jours suivants, se montrèrent encore des éruptions d'herpès sur différents points du visage,

et sur l'index de la main gauche, cette dernière localisation est remarquable, l'herpès se produisant rarement sur les membres.

ACADÉMIE DES SCIENCES

Séance du 1^{er} août 1898.

Un nouveau trichophyton produisant l'herpès chez le cheval.

MATRUCHOT et DASSONVILLE, au cours d'une épidémie d'herpès sévissant sur les chevaux du 12^e d'artillerie, ont observé une quarantaine de chevaux atteints. Plusieurs des hommes chargés de les soigner ont présenté des lésions en forme de plaques, de préférence à la région du cou.

Des poils et des squames d'herpès, M. et D. ont isolé un trichophyton, qui se cultive particulièrement bien sur le milieu Sabouraud, la carotte et la pomme de terre.

Le poil extrait de la lésion est rempli, vers sa partie inférieure, de nombreuses spores ovales ayant 4-6 μ sur 2-4 μ . Autour du poil on voit des filaments mycéliens ramifiés le plus souvent à angle droit. Des spores naissent latéralement sous forme d'un bourgeon ampullaire qui se cloisonne bientôt et se pédiculise. En même temps, les filaments mycéliens se transforment en chlamydo-spores reproductrices au même titre que les spores latérales.

L'inoculation de ce trichophyton a donné chez l'homme, au bout de quinze jours après, des plaques d'herpès caractéristiques; sur le cobaye, deux inoculations ont été positives.

SOCIÉTÉ DE BIOLOGIE DE PARIS

Séance du 29 octobre 1898.

Présence d'éléments figurés anormaux dans les lésions syphilitiques

LEREDDE et DOMINICI ont trouvé dans des lésions syphilitiques, primaires et secondaires, des granulations et des grains de dimensions variables, souvent groupés les uns auprès des autres, comme s'ils étaient contenus dans le protoplasma d'une cellule. Ces grains se colorent par l'hématoxyline et la thionine et se décolorent par la méthode de Gram et celle d'Ehrlich. On ne trouve pas d'éléments semblables dans la peau saine ni dans les lésions cutanées non syphilitiques.

Rien ne permet d'affirmer qu'il ne s'agit pas de produits de dégénérescence cellulaire. Après séjour des pièces dans l'étuve à 37° en chambre humide pendant vingt-quatre heures, le nombre de ces grains devient beaucoup plus considérable, mais en certains points seulement, ce qui est en faveur de leur nature parasitaire.

L. et D. ont vu également dans les syphilides des granulations punctiformes très difficiles à voir, entourées d'une large aréole claire, qui se retrouvent en plus grand nombre dans les pièces laissées à l'étuve.

Hématologie d'un cas de purpura hemorrhagica chez un tuberculeux

A. GILBERT et ÉMILE WEIL ont observé un malade qui, au cours d'une phtisie ulcéreuse à marche rapide, fut pris d'hémoptysie abondante, accompagnée de purpura, de stomatorrhagie et d'épistaxis.

La crise purpurique dura trois jours avec fièvre, 39 à 40° et s'arrêta par l'emploi d'extrait de foie. Le premier jour on trouva G. R. : 3.286.000, R. G. 1.583.076, V. G. : 0.46. G. : 12.090. La coagulation n'était pas commencée au bout de 1 heure et demie, les globules rouges s'étaient déposés au fond de l'éprouvette. Au bout de 6 heures, le plasma fut trouvé coagulé et le caillot était irrtractile. Au microscope comme dans les phlegmasies, on trouvait des lacs plasmatiques, un réseau de fibrine très abondant et pas d'hématoblastes. Le lendemain, le sang se coagula *in vitro* au bout de 10 minutes, le caillot irrtractile était blanc à sa partie supérieure ; déjà, au microscope, on constatait quelques hématoblastes. Le troisième jour, la coagulation du sang, la rétraction du caillot étaient normales.

Il est remarquable de voir la rapidité avec laquelle se sont modifiées les lésions hématiques, puisqu'en moins de quatre jours un sang incoagulable est redevenu normal. Sauf la coagulation « plasmatique », les lésions constatées sont celles qu'a décrites Hayem dans les cas de purpura.

IX^e CONGRÈS DES MÉDECINS ALIÉNISTES ET NEUROLOGISTES DE FRANCE

Angers, août 1898.

Œdème nerveux familial.

H. MEIGE rapporte l'observation d'une famille dans laquelle huit membres ont été atteints de la même variété d'œdème : il s'agit d'un œdème blanc, dur et indolore, occupant tantôt les jambes, tantôt la totalité des membres inférieurs, et qui se manifeste vers l'âge de 12 à 13 ans ; chez une malade âgée de 17 ans et hystérique, l'œdème ne siège que sur les membres inférieurs ; chez les autres, il est bilatéral.

M. pense qu'il s'agit d'une dystrophie familiale d'origine nerveuse et fait remarquer la disposition segmentaire de l'œdème qui permet de lui appliquer la théorie métamérique de Brissaud.

Mélanodermie chez les épileptiques.

LANNOIS a observé cinq épileptiques présentant de la mélanodermie comme dans les cas signalés par Féré. Chez ces malades, la mélanodermie consiste en points arrondis lenticulaires, coalescents, de coloration blanche ou jaune pâle au centre avec pourtour foncé, brun ou presque noir. La pigmentation anormale occupe le tronc, depuis la racine du cou jusqu'à la naissance des cuisses, avec maximum au niveau des points de frottement (aisselles et ceinture) et respecte la face et les membres. Elle est analogue à celle qu'on observe parfois dans quelques névroses, le goitre exophtalmique, etc. Il s'agit probablement d'un trouble trophique, attribuable à l'action du sympathique.

CONGRÈS FRANÇAIS DE CHIRURGIE

*Paris, octobre 1898.***Anatomie pathologique comparée de la botryomycose humaine et équine.**

L. DON (Lyon), se basant sur les caractères histologiques des lésions de la botryomycose humaine qui sont constituées selon le type des fibro-adénomes et sur leur origine nettement sudoripare, et pour la distinguer, d'une part, des hydradénomes vrais décrits par Jacquet et Darier, dont elle diffère absolument, et pour rappeler, d'autre part, qu'il s'agit d'une néoplasie inflammatoire et non d'une tumeur vraie, propose de créer pour elle le néologisme de fibro-adénose ou d'adénose fibrose.

Le champignon de castration du cheval est aussi une fibro-adénose développée aux dépens de l'épididyme.

L'individualité et l'unité du parasite, bien que très probables, ne sont pas encore aussi certaines que l'individualité de la néoplasie, et il est possible que plusieurs microbes soient capables de donner naissance à ces tumeurs, à la condition d'être introduits dans une glande sudoripare ou dans l'épididyme.

Relations des myélomes avec les xanthomes.

L. DON (Lyon) a rencontré des tumeurs mixtes constituées par l'association de tissu xanthomateux et de tissu myélomateux, tumeurs qui méritent le nom de myélo-xanthome; la plupart des soi-disant myélomes des gaines tendineuses sont en réalité des myélo-xanthomes. Le myélo-xanthome constitue le chaînon de transition entre le myélome pur et le xanthome pur. Les cellules xanthomateuses et les cellules à myéioplaxe sont le résultat d'une évolution histologique toute différente mais ayant porté sur des cellules primitivement identiques; dans le premier cas les cellules sont restées isolées, dans le second cas elles se sont fusionnées et leurs noyaux se sont mélangés, constituant une cellule unique à noyaux multiples. Il existe dans les xanthomes les plus purs des cellules à myéioplaxe, et il est probable que dans les myélomes les plus purs on trouvera des cellules de xanthome. La commune origine des cellules xanthomateuses et des cellules myélomateuses établit entre les xanthomes et les myélomes une étroite solidarité, et toutes les théories pathogéniques relatives à l'une de ces tumeurs pourront probablement s'appliquer à l'autre.

Efficacité et innocuité du pansement picriqué.

THIÉRY revient sur l'utilité du pansement picriqué. D'après lui, l'acide picrique, appliqué méthodiquement suivant les indications qu'il a précédemment formulées, ne peut en aucun cas produire d'intoxication générale: celle-ci est le résultat d'une faute de technique (emploi de l'acide picrique en poudre ou de pommade picriquée), si tant est qu'elle ait été observée. Le pansement ne doit pas être douloureux, ou la douleur qu'il provoque est passagère: en cas de douleur vive, il faut abaisser le titre de la solution. Le pansement picriqué, loin de produire des accidents locaux éruptifs, est, au contraire, le pansement de choix applicable aux

éruptions médicamenteuses locales (iodoforme, salol, sublimé, etc.). Le pansement picriqué jouit dans la plupart des affections cutanées, et dans les brûlures en particulier, d'une efficacité incontestable.

IV. CONGRÈS POUR L'ÉTUDE DE LA TUBERCULOSE

Paris, août 1898.

Lupus et épithélioma.

PAVIOT (Lyon) rapporte un cas dans lequel, contrairement à la règle d'après laquelle, dans l'association du lupus et de l'épithélioma, les cellules lupiques occupent la périphérie des bourgeons épithéliomateux, les cellules géantes siégeaient au centre même de ces bourgeons.

Traitement du lupus par la méthode de Finsen.

D. S. BANG (Copenhague) rappelle que, depuis 1895, Finsen utilise dans le traitement du lupus l'action bactéricide de la lumière. (Voir *Annales de Dermatologie*, 1898, p. 98.)

Il suffit, pour obtenir une action thérapeutique, de se servir des rayons violets et ultra-violets. Pour absorber les rayons autres que les rayons bleus et violets et notamment les radiations caloriques du spectre, et se mettre à l'abri d'actions caustiques dues à la chaleur, Finsen se servait d'abord d'une lentille creuse remplie d'une solution ammoniacale de sulfate de cuivre. Actuellement il se sert, lorsqu'il utilise la lumière de l'arc voltaïque, de lentilles en cristal de roche, lequel laisse passer la plus grande partie des rayons ultra-violets. Dans l'appareil primitif, le faisceau lumineux concentré traversait une cuvette de verre à lames parallèles remplies de la solution cuivrique ; on a renoncé à l'emploi de ce filtre-lumière, en appliquant sur la peau du malade un appareil à circulation continue d'eau froide qui supprime l'action des rayons calorifiques. Comme les tissus parcourus par le sang sont relativement opaques pour la radiation spectrale, il est absolument nécessaire de rendre d'abord les tissus exsangues, pour qu'ils deviennent perméables. Dans ce but, on se sert de deux plaques de cristal de roche entre lesquelles circule le courant d'eau.

Finsen a obtenu, par sa méthode, 35 guérisons complètes de lupus vulgaire ; dans 20 autres cas, la guérison peut être considérée comme certaine. On continue cependant le traitement pour être sûr de n'avoir aucune récidive.

Le lupus érythémateux est beaucoup plus capricieux que le lupus vulgaire ; des cas très anciens et étendus peuvent s'améliorer en peu de temps, et des cas peu étendus sont rebelles au traitement.

Les toxi-tuberculides.

HALLOPEAU montre une série de moulages relatifs aux toxi-tuberculides.

Il donne ce nom aux lésions cutanées d'origine tuberculeuse qui ne relèvent pas de la présence du bacille de Koch dans les tissus et que tout conduit à considérer comme provoquées par l'action des toxines élaborées

par le bacille tuberculeux. Cette interprétation peut être considérée comme démontrée pour plusieurs dermatoses, comme probable ou possible pour plusieurs autres : parmi les premières, il faut citer le lichen scrofulosorum, les tuberculoses acnéiformes et nécrotiques, les folliculites suppuratives, soit isolées, soit agminées et pemphigoides, les tuberculides papulo-érythémateuses ; parmi les secondes, le lupus érythémateux, l'ecthyma térébrant de l'enfance, certains eczémas, le pityriasis rubra, des érythèmes et l'angio-kératome. Toutes les lésions cutanées peuvent être ainsi provoquées par ces tuberculides depuis l'érythème jusqu'aux suppurations et à la nécrose. Le polymorphisme s'explique par des différences d'âge et de réaction des sujets, et par le siège des foyers bacillaires générateurs : dans chaque tissu, le bacille de Koch, trouvant un milieu de culture différent, peut se modifier et engendrer des toxines différentes par leur action pathogénétique.

SOCIÉTÉ D'OBSTÉTRIQUE DE PARIS

Séance du 11 mai 1898.

Dystrophies cutanées et paralysie radiale congénitale par brides amniotiques.

BONNAIRE a observé un enfant né à terme d'une primipare albuminurique, chez lequel existaient, à la naissance, des anomalies multiples : rigidité et épaississement de la peau, avec développement excessif du système pileux ; à l'avant-bras droit, lésions cutanées localisées l'une sous la forme d'une cicatrice fermée, l'autre en forme d'ulcération linéaire, en voie d'occlusion ; paralysie complète des extenseurs de l'avant-bras.

L'enfant succomba rapidement à la débilité congénitale, liée probablement à l'albuminurie maternelle ; à l'autopsie, aucune malformation ni lésion viscérale.

L'examen microscopique montra une sclérose hypertrophique généralisée du derme et un arrêt de développement des cylindraxes et noyaux avec prolifération du névrilemme, au niveau de la branche terminale postérieure du radial, branche qui passait directement au-dessous de l'ulcération cutanée antibrachiale. Pour M. Bonnaire, les lésions cutanées localisées doivent être attribuées à l'action des brides amniotiques, résorbées au cours de la grossesse ; d'après lui, les brides et la sclérodémie généralisée ont, pour cause commune, un vice dans l'évolution de la somatopleure, remontant au premier temps de la vie embryonnaire.

CONGRÈS PÉRIODIQUE DE GYNÉCOLOGIE, D'OBSTÉTRIQUE ET DE PÉDIATRIE

Marseille. Octobre 1898.

Purpuras de l'enfance.

L. PERRIN présente un rapport sur ce sujet.

Le purpura n'est pas une maladie, mais désigne une lésion élémentaire

de la peau, la tache purpurique, laquelle peut être produite par une simple dilatation vasculaire très intense, ou par une extravasation sanguine.

Les divisions du purpura en primitif et secondaire, simple ou hémorrhagique, etc., sont artificielles. Aucune des variétés qui ont été décrites et créées n'est encore bien définie. Comme l'érythème, dont il se rapproche, le purpura n'est qu'un accident, la résultante de plusieurs facteurs qui combinent leurs effets de façons diverses.

Les purpuras, comme les érythèmes, éveillent l'idée d'une toxémie.

Les diverses formes de purpuras, dits primitifs, ne sont en réalité que des degrés variables d'une échelle symptomatique, dont tous les échelons relèvent d'une infection, et entre toutes ces formes on peut trouver des intermédiaires et des transformations : les plus graves sont le purpura infectieux foudroyant, le purpura fulminant ; les moins graves sont la maladie de Werlhof et le purpura exanthématique.

Les purpuras sont particulièrement fréquents chez les enfants ; ils s'observent même chez les nouveau-nés et chez le fœtus. La syphilis y prédispose. Diverses maladies infectieuses peuvent les produire, de même que certaines intoxications.

De nouvelles recherches sont encore nécessaires pour élucider la question complexe des purpuras ; elles restreindront encore la classe des purpuras dits primitifs ou d'origine inconnue.

GUINON déclare que dans la pratique courante, le purpura n'a pas les allures d'une maladie infectieuse. Il se montre surtout dans la classe pauvre, chez les enfants qui vivent dans des locaux mal aérés et mal éclairés. Le purpura des nourrissons est toujours lié, lorsqu'il ne se rattache pas à la syphilis, à des infections des voies digestives.

Moussous n'a rencontré le purpura qu'exceptionnellement dans la classe aisée, tandis qu'il est relativement fréquent dans la clientèle hospitalière. Il y a des purpuras purement nerveux et des purpuras nettement infectieux avec des intermédiaires.

LE GENDRE pense que le groupe purpura doit arriver à disparaître de la nosologie, car il est aussi artificiel que le serait celui des céphalalgies.

G. T.

REVUE DES PUBLICATIONS PÉRIODIQUES

REVUE DE DERMATOLOGIE

Anatomie et physiologie normales de la peau.

Pouvoir de résorption de la peau normale (Ueber das Resorptionsvermögen der normaler Haut), par G. BROCK. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 369.

La peau normale possède-t-elle la propriété d'absorber des corps chimiques et de les faire passer dans la masse des humeurs de l'organisme ? C'est là une question d'une grande importance scientifique et pratique, et qui a donné lieu à des discussions très approfondies. Les méthodes employées à ce sujet qui, au début, présentaient de nombreuses sources d'erreur, furent peu à peu améliorées ; toutefois il n'en est pas encore qui soit à l'abri d'objections. Le plus souvent on cherchait à savoir, si des substances, appliquées sur la peau sous une forme quelconque, étaient éliminées par l'urine. L'emploi du microscope permet d'éviter une foule d'erreurs. L'auteur a mis, sur la peau des animaux et des sujets en expérimentation, des substances reconnaissables, soit à leur coloration, soit à leur réaction micro-chimique et ensuite il a soumis ces parties de la peau à un examen microscopique complet.

En se basant sur l'étude critique des recherches antérieures, ainsi que sur les résultats de ses propres expériences, l'auteur arrive aux conclusions suivantes :

Des substances solubles, non volatiles, peuvent être résorbées par la peau, par l'intermédiaire cataphorétique du courant galvanique. Quelques substances volatiles peuvent certainement traverser la peau normale. Pour tous les autres corps chimiques, la peau ne peut servir comme porte d'entrée dans l'organisme, qu'après modification de sa structure.

A. DOYON.

Développement de l'épiderme humain et de ses annexes

(On the development of the human epidermis and its appendages), par J. M. H. MACLEOD. *British Journal of Dermatology*, juin, juillet, août 1898, p. 183, 221 et 229.

Dans la vésicule blastodermique, l'épiderme est représenté par une couche de cellules nucléées polygonales connues sous le nom de couche de Rauber ; au-dessous se trouve une couche de deux ou trois rangées de cellules petites et granuleuses, qui donnent naissance à l'épiderme proprement dit. Entre le premier et le deuxième mois, l'épiderme de l'embryon humain est formé, d'après Kölliker, par deux couches : l'une extérieure, formée par des cellules cylindriques de 27 à 45 μ de diamètre avec des noyaux ronds ; l'autre, profonde, formée de petites cellules, destinée à constituer la couche muqueuse et difficile à distinguer du derme. Unna y ajoute une couche simple superficielle de cellules plates, qui représente la couche de Rauber.

Vers la fin du deuxième mois, ces dernières cellules se gonflent, font saillie et constituent les cellules vésiculeuses de Zander, surtout abondantes à la face palmaire des doigts et des orteils. Cette couche superficielle est l'épitrichium de Welcker qui, au niveau des ongles, constitue l'éponychium de Unna. Macleod a vu l'épitrichium sur le cuir chevelu d'un embryon humain de 4 mois et demi. Il est constitué par une couche unique de larges cellules polygonales, ajustées comme un carrelage avec un espace périphérique clair et une zone granuleuse entourant le noyau. Par la macération dans l'eau salée on peut le séparer sous forme d'une fine membrane.

À la fin du quatrième mois, l'épiderme forme cinq ou six rangées de cellules disposées en deux couches, outre l'épitrichium qui les recouvre : une couche de deux ou trois rangées de cellules aplaties, claires, quelquefois dépourvues de noyaux ; une profonde formée de cellules polygonales nucléées, réunies par des filaments protoplasmiques ; les plus profondes de ces cellules tendent à la forme cylindrique.

Au sixième mois l'épitrichium a disparu presque partout ; la couche superficielle de l'épiderme est réduit à des cellules lamelleuses en voie de desquamation ; la couche profonde est épaissie et la structure épineuse des cellules est reconnaissable.

Au septième mois on distingue une couche superficielle de cellules lamelleuses et une couche profonde de cellules épineuses, se multipliant par karyokinèse.

Entre le septième et le huitième mois, apparaissent dans les cellules épineuses superficielles des granulations blanches et réfringentes de kératohyaline qui donnent à la peau sa couleur blanche et son opacité ; à partir de ce moment seulement il se fait de vraies cellules cornées. Le processus exact de la kératinisation est encore obscur.

Développement du plexus nerveux interépithélial. Entre le deuxième et le troisième mois, les prolongements des neuroblastes bipolaires des ganglions rachidiens atteignent les doigts et les orteils ; ils pénètrent dans la peau par sa face profonde, en suivant les vaisseaux, après avoir formé un plexus horizontal hypodermique, puis ils forment un plexus sous-épithélial avec des ganglions d'où part le plexus interépithélial, vers le quatrième mois. Les filaments nerveux font un réseau entre les cellules épineuses dans lesquelles ils se terminent au voisinage du noyau. Quelques-uns se terminent entre les cellules. Nous ne savons pas encore si les cellules épidermiques sont capables de donner naissance à des éléments nerveux ou si ceux-ci proviennent uniquement des ganglions rachidiens.

Formation du pigment. — Dès le cinquième mois Thomson a trouvé du pigment dans la peau d'un fœtus nègre. Dans les races blanches, l'épiderme ne contient pas de pigment avant la naissance, on n'en trouve que dans les poils. Il est probable que le pigment formé aux dépens du sang est porté à l'épiderme vers des lymphocytes transformés en chromatophores, et qu'il pénètre dans les cellules en suivant les filaments nerveux.

Développement des poils. — Il faut distinguer les poils fœtaux des poils définitifs.

I. — On a trop compliqué la description des poils en distinguant sous

des noms différents, des couches cellulaires dont l'origine est la même, notamment en ce qui concerne la gaine épithéliale interne.

Chez l'homme, les premières ébauches des poils débutent entre le deuxième et le troisième mois, sur le front et les sourcils, de là le processus s'étend et atteint les doigts vers le septième mois; on peut distinguer à la loupe les ébauches de poils, comme un fin pointillé blanc.

Elles sont constatées par un bourgeon épithélial plein, enveloppé par la membrane basale refoulée; vers le quatrième mois, sur la face et le cuir chevelu se forme la gaine fibreuse du follicule. A la même époque, on commence à distinguer le début de la papille, et, sur le côté, deux bourgeons épithéliaux, dont le supérieur devient la glande sébacée et l'inférieur donnera insertion au muscle pileaire. Au cinquième mois, le poil commence à apparaître sous forme d'un cône effilé, à base inférieure reposant sur la papille, et, entre le cinquième et le sixième mois, les cheveux atteignent la surface de l'épiderme et perforent la couche cornée par un processus purement mécanique. La plupart des poils lanugineux primitifs, ceux du cuir chevelu exceptés, sont éliminés avant la naissance et tombent dans le liquide amniotique. Il est probable que tous les poils du corps se forment d'emblée, en une seule poussée, et qu'il ne s'en forme plus après. Dans une région donnée, tous les poils n'offrent pas le même développement, mais ils sont tous contemporains comme origine.

Les poils lanugineux du fœtus ne contiennent pas de pigment, si ce n'est ceux du cuir chevelu.

Remplacement des poils. — Les poils fœtaux commencent à tomber à la face, entre le septième et le huitième mois, leur remplacement n'est souvent pas complet à la naissance. Les cheveux noirs et droits, qu'on trouve à la naissance sur le cuir chevelu, sont des poils fœtaux.

Le processus de remplacement des poils lanugineux par des poils définitifs a donné naissance à plusieurs théories: 1° Pour les uns, Langer, Kölliker etc., la papille persiste; 2° Pour les autres, (Steinlein, Klein, Stieda), la papille meurt et il s'en forme une autre; 3° Il y a des théories mixtes, Ranvier, Götze, Unna.

D'après Macleod, le poil ancien meurt par suite de la kératinisation qui gagne les cellules du bulbe et l'isole de la papille; la pression des enveloppes folliculaires et de la gaine épithéliale externe le repousse jusqu'à la partie moyenne du follicule où il s'arrête, mais sans y reprendre racine comme le veut Unna. Au-dessous de lui le follicule s'atrophie partiellement, mais, au bout d'un certain temps, le cordon épithélial reproduit un nouveau cône pileaire par le même processus qui a donné naissance au poil primitif, et l'ancienne papille augmente de nouveau de volume. Le nouveau poil qui se forme chasse l'ancien.

Glandes sudoripares. — Elles apparaissent aux paumes et aux plantes, entre le cinquième et le sixième mois, sous forme de bourgeons épithéliaux, renflés à leur extrémité profonde; entre le sixième et le septième mois les cellules axiales se dissocient en formant ainsi un canal; quand le tube atteint le quart inférieur du derme, il se recourbe, et son allongement n'aboutit plus qu'à multiplier les anses du glomérule. Il paraît y avoir une relation entre le développement des glandes sudoripares et l'appari-

tion du tissu adipeux. Dès le sixième ou le septième mois, l'acide osmique montre des globules de graisse dans et entre les cellules de revêtement du tube glomérulaire; plus tard on trouve des granulations graisseuses tout autour du glomérule, et si celui-ci est situé superficiellement, il y a une traînée de cellules adipeuses s'étendant du glomérule au tissu sous-cutané. Il semble que la graisse se forme dans le glomérule, avant que le pore sudoripare soit ouvert, et que cette graisse est refoulée entre les cellules dans le derme où elle est recueillie par les lymphatiques et va former les cellules adipeuses. C'est en somme la théorie de Unna.

Développement des ongles. — Dès la fin du deuxième mois, on distingue la place que doit occuper l'ongle et qui est plus lisse que les parties voisines. Le troisième mois, le lit de l'ongle se délimite par deux sillons : l'un postérieur qui formera le pli rétro-unguéal et la matrice, l'autre antérieur qui marque l'extrémité antérieure du lit. Cette surface est couverte par une couche épidermique, analogue à celle des autres parties du corps, et par une couche de larges cellules nucléées, analogues à l'épithélium, et qui constitue l'éponychium de Unna. Le quatrième mois, le pli rétro-unguéal se creuse en arrière et il y apparaît une zone semi-lunaire de cellules épineuses et granuleuses qui correspond à la matrice, et dont les cellules sont analogues aux cellules granuleuses de l'épiderme. Elles donnent naissance à une lame cornée qui, bridée par le repli sus-unguéal et par l'éponychium, se développe horizontalement et s'étend sur le lit d'arrière en avant.

Vers le septième mois, la lame unguéale atteint le sillon antérieur et rompt l'éponychium qui persiste cependant encore à la naissance sous forme d'un repli couvrant la racine de l'ongle. Le processus est le même aux orteils qu'aux doigts, mais avec un retard de 2 ou 3 semaines. W. D.

Angiokératome.

Angiokératome. (Zur Kenntniss des Angiokeratoma Mibelli), par J. WISNIEWSKI. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 357.

Après avoir jeté un rapide coup d'œil sur les différents travaux publiés sur ce sujet, l'auteur résume les observations de deux malades qu'il a eu l'occasion de voir dans la pratique privée d'Ehrmann. Il décrit ensuite, en détails, les résultats de ses recherches histologiques, qui concordent en grande partie avec ceux des observateurs antérieurs.

L'angiokératome survient le plus souvent à la suite d'engelures répétées et de longue durée. Ce n'est que dans un cas que Joseph et Erhmann n'ont pas observé d'engelures avant le début de la maladie, de sorte qu'on peut dire que cette affection de la peau apparaît de préférence sur un terrain prédisposé par des engelures. Avant l'apparition des engelures, les doigts et les orteils sont habituellement un peu cyanosés, bleus et légèrement boursoufflés, aussi peut-on regarder cette période comme le degré prémonitoire de la maladie, les engelures comme le deuxième, après lesquels survient l'angiokératome.

Cette affection ne se manifeste que chez les sujets jeunes : le cas de Vidal, chez une femme de 31 ans, est la malade la plus âgée, et celui de Joseph, chez une fillette de 9 ans, est, jusqu'à présent, la malade la plus jeune des personnes atteintes d'angiokératome.

Il est très douteux que l'angiokératome soit en rapport avec la tuberculose; il y a seulement lieu de remarquer qu'on a constaté deux cas d'angiokératome chez des phtisiques, mais que, dans bon nombre des cas décrits, les malades paraissent avoir été atteints d'anémie de cause différente. Chez les phtisiques, on peut observer la parésie des vaisseaux, particulièrement à l'extrémité du nez et des doigts, il en est de même chez les malades atteints d'engelures, ce qui expliquerait facilement la présence de l'angiokératome chez des tuberculeux.

On peut regarder comme des anévrysmes des vaisseaux sanguins, et non comme de simples hémorrhagies, les dilatations de vaisseaux, déjà visibles à l'œil nu, parce que on aperçoit l'endothélium sur la plus grande portion de la paroi vasculaire.

Les couches de l'épiderme ne sont pas uniformément épaissies; dans les efflorescences aplaties seulement, les couches épidermiques sont presque régulièrement hypertrophiées, hyperplasiées, les dilatations vasculaires sanguines n'atteignent pas ici la même étendue que dans les parties centrales.

On peut encore observer les follicules pileux et les glandes sébacées dans les parties périphériques, mais on ne voit plus les conduits excréteurs des glandes sudoripares. Dans les formes verruqueuses, on ne trouve ni follicules pileux ni glandes sébacées.

A. DORON.

Cas d'angiokératome (A case of angio-keratoma), par WILLIAM ANDERSON. *British Journal of Dermatology*, avril 1898, p. 113.

Il s'agit d'un homme de 39 ans, parfaitement bien portant, n'ayant jamais eu aucun trouble circulatoire ni d'engelures, mais présentant des malformations des doigts, qu'on retrouve chez sa mère, sa sœur et chez quatre de ses enfants. Sur le côté externe de la cuisse droite est un petit neurome sous cutané douloureux apparu depuis trois ans.

Les angiomes ont apparu au-devant des genoux, vers l'âge de 11 ans, et se sont multipliés jusqu'à 22 ans. Toute la surface du corps, à l'exception de la face, des paumes et des plantes est semée de points et de papules d'un rouge pourpre; leur grandeur varie d'un simple point à un grain de chènevis; les lésions sont surtout développées au scrotum et à la face interne de la cuisse gauche; les plus grosses ont une certaine tendance à se grouper, mais sans confluer et sans affecter de forme définie.

Les plus grosses lésions sont saillantes, molles, partiellement réductibles, les plus petites ressemblent à des piqûres de puces; sur toutes, le revêtement épidermique est normal, sans trace d'hyperkératose.

A la coupe, on trouve des dilatations ampullaires des capillaires superficiels des papilles, arrivant au contact de l'épiderme dans lequel elles paraissent quelquefois incluses; l'épiderme qui les recouvre est plutôt aminci. Après quelques jours de séjour au lit les angiomes étaient moins saillants.

[Il s'agit ici d'angiomes punctiformes disséminés, mais nullement d'angiokératomes dans le sens clinique du mot, c'est-à-dire d'angiomes à étiologie et à localisation spéciales; si l'on appelle cela des angiokératomes, il faut forger un nouveau nom pour le type clinique si net décrit par Mibelli, Pringle, etc.]

W. D.

Angiomes.

Angiome de la peau et de la muqueuse buccale (Angiomatosis with lesions of the skin and mucous membranes), par SCHAMBERG. *Journal of the American medical Association*, 16 avril 1898, p. 906.

Chez un homme de 80 ans, le scrotum était semé de petits angiomes miliaires saillants, disposés en traînées le long des veines superficielles. La muqueuse buccale est semée de petits angiomes du volume d'une tête d'épingle, se groupant parfois pour former des saillies grosses comme un pois. On trouve enfin d'autres petits angiomes disséminés sur le corps. Nulle part ces angiomes ne sont hyperkératosiques. L'examen microscopique n'a rien montré de digne de remarque. W. D.

Brûlures (Mort dans les).

Pathogénie de la mort dans les brûlures et les injections de sérum artificiel comme moyen de la conjurer (La patogenesi della morte nelle scottature e le iniezioni di sieri artificiali come metodo per scongiurarla), par J. AZZARELLO. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. 2, p. 113.

A. a entrepris sur les animaux une série d'expériences, d'où il résulte que : dans la mort consécutive aux brûlures, on ne trouve pas d'altérations du système circulatoire et principalement du sang, capables de l'expliquer, en particulier pas d'épaississement du sang et pas de thromboses ; que les sections de la moelle et des nerfs n'empêchent pas de se produire les altérations viscérales, consécutives aux brûlures, ce qui élimine l'influence nerveuse dans leur développement ; qu'elle n'est pas due non plus à une infection, mais bien à une intoxication par des toxines élaborées sous l'influence de la température élevée au niveau des parties brûlées et dont l'injection détermine la mort des animaux sains.

Il conclut que la mort très rapide, à la suite des brûlures, est due au choc ; la mort moins rapide à une intoxication par ces substances ; la mort tardive à l'épuisement de l'organisme consécutif aux plaies, qui l'exposent en outre à l'invasion de microorganismes de tout genre et diminuent sa résistance aux agents extérieurs nuisibles.

Les injections de sérum artificiel ont empêché la mort d'un certain nombre des animaux en expérience et cette méthode mérite d'être employée chez l'homme. G. T.

Chéloïde.

Chéloïde et lésions inflammatoires rebelles traitées par la scarification (Keloid [Alibert] and intractable patches of chronic inflammation of the skin treated by scarification), par H. LAWRENCE. *British. med. Journal*, 16 juillet 1898, p. 151.

I. — Chéloïde névralgique de l'avant-bras, mesurant 3 pouces de longueur ; deux excisions ont été suivies à brève échéance de récurrence de la tumeur et des douleurs. L. scarifie profondément et largement, laisse saigner, recouvre d'iodoforme, d'une couche de colle de gélatine à l'oxyde de zinc et fait un pansement compressif par dessus un gros tube de caout-

chouc placé au niveau de la lésion. Le pansement est renouvelé tous les deux jours. Guérison définitive.

II. — Placard d'eczéma sec chronique de la jambe (lichen simple circonscrit) scarification et compression localisée. Guérison. W. D.

Dermatoneuroses.

Localisations électives des éruptions cutanées sur le côté intéressé par une affection nerveuse unilatérale d'origine centrale, par ETIENNE. *Presse médicale*, 10 septembre 1898, p. 145.

E. rapporte l'observation d'un malade atteint d'hémiplégie droite, chez lequel une éruption pemphigôide, dont la nature n'est pas indiquée, était localisée exclusivement du côté droit du tronc et des membres et plus abondante du côté droit de la face.

Il en rapproche 5 observations plus ou moins analogues dues à divers auteurs et ayant trait à des éruptions de variole, de furoncles, d'acné, de vaccine, mais dont la valeur est, sauf pour la première, très contestable.

D'autres faits, plus nombreux, montrent que les éruptions peuvent au contraire respecter les membres paralysés; il n'est pas possible de rechercher actuellement l'explication de ces particularités opposées. G. T.

Troubles trophiques cutanés chez une hystérique, par L. PERRIN. *Marseille médical* 1898.

Fille de 15 ans, atteinte depuis un mois d'œdème du dos de la main et de l'avant-bras gauches, survenu sans cause; cet œdème, rosé, dur, ne prenant pas l'empreinte du doigt, ne s'accompagne pas de douleurs spontanées, mais tous les mouvements provoqués sont douloureux; diminution de la sensibilité au tact et à la douleur sur le membre supérieur gauche et la partie supérieure de la poitrine à gauche.

Le mois suivant, en enlevant le pansement appliqué depuis deux jours sur la main malade, on constate, sur la face dorsale de la main et de l'avant-bras, une éruption d'une trentaine de bulles pemphigôides, de la dimension d'une lentille à celle d'un gros pois, renfermant une sérosité transparente ou louche et même purulente, entourées dans ce dernier cas d'une zone érythémateuse. L'œdème disparut les jours suivants. De nouvelles bulles se produisirent, pendant les quatre mois que dura l'observation, sous forme de poussées successives d'une dizaine d'éléments chacune, apparaissant presque toutes les semaines, atteignant parfois la dimension d'une pièce de deux francs, occupant d'abord exclusivement la face dorsale de la main et les deux tiers inférieurs de la face postérieure de l'avant-bras, puis la face palmaire de la main et la face antérieure de l'avant-bras où elles formèrent de larges bulles hémisphériques distendues par un liquide séreux abondant. Un certain nombre de lésions s'ulcérèrent ou se recouvrirent de croûtes noirâtres. État général resté bon.

P. croit qu'il faut rejeter toute hypothèse de supercherie, le pansement qui recouvrait les surfaces malades n'ayant jamais paru avoir été enlevé par la malade et étant fait d'ailleurs quotidiennement à un dispensaire avec des bandes de tarlatane apprêtée qu'il fallait couper aux ciseaux pour retirer le pansement. G. T.

Eléphantiasis.

Eléphantiasis des Arabes du membre inférieur chez un sujet jeune (Elephantiasis Arabum del l'arto inferiore sinistro in un individuo di giovane età), par G. MELLE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 254.

Homme de 20 ans, ayant eu il y a six ans une petite tuméfaction du dos du pied gauche avec prurit intense, qui s'étendit progressivement de façon à envahir tout le membre jusqu'à l'aine et à donner à la cuisse, à sa partie moyenne, une circonférence de 49 centimètres; squames et état papillomateux à la partie inférieure de la jambe et sur le dos du pied. Pas de cause connue, pas d'érysipèle, pas de lésion locale; examen du sang négatif au point de vue de la filariose.

G. T.

Esthiomène.

Valeur sémiologique de l'esthiomène ano-génital; sclérème ano-vulvaire, par VERCHÈRE. *Revue de gynécologie et de chirurgie abdominale*, septembre-octobre 1898, p. 777.

V. rapport cinq observations personnelles d'esthiomène ano-vulvaire.

Pour lui, l'aspect clinique que l'on appelle esthiomène et qu'il vaudrait mieux appeler sclérème ano-génital, ce qui préjuge de sa structure anatomique, n'est qu'un mode de réaction des tissus ano-vulvaires, déterminée par l'une des affections qui peuvent atteindre la vulve ou le rectum (blennorrhagie, chancre mou, ulcérations syphilitiques, tuberculose, cancer).

Les lésions de l'esthiomène ne sont nullement en rapport, au point de vue de la gravité, avec l'affection qui en a été le point de départ.

On distingue trois variétés cliniques du sclérème vulvaire: 1^o superficiel érythémateux, 2^o esthiomène perforant, 3^o esthiomène hypertrophique. Cette dernière variété est la plus fréquente et la plus dangereuse par ses conséquences.

L'ulcération cicatrisée, s'il y en a eu une, la rétraction même du tissu scléreux s'il n'y a pas eu d'ulcération, peuvent laisser à leur suite des rétractions considérables; si la lésion occupait l'anus, elle détermine des rétrécissements à brève échéance.

La présence de l'esthiomène indique toujours une lésion primitive, qu'il faut traiter et guérir avant toute intervention contre le sclérème; l'ulcération disparue, le sclérème peut guérir spontanément sous l'influence de soins d'hygiène, car la malpropreté et le défaut de soins jouent un grand rôle dans son apparition, mais le plus souvent il est nécessaire d'intervenir chirurgicalement.

G. T.

Fibromes.

Fibromes durs multiples sous-cutanés (Un caso di fibromi duri multipli sottocutanei), par R. STANZIALE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 256.

Homme de 57 ans; dans la région cubitale, des deux côtés, tumeurs au nombre de deux à droite et de trois à gauche, du volume d'une aveline à celui d'une grosse châtaigne, de consistance très dure, mobile dans le tissu

cellulaire sous-cutané, de forme mamelonnée; au-dessous de la rotule, de chaque côté, une tumeur semblable du volume d'un œuf de poule; une autre du volume d'un citron dans la fesse droite; les tumeurs indolentes, se sont développées graduellement. A l'examen microscopique, les tumeurs sont formées de faisceaux de fibres collagènes, d'épaisseurs variées, presque absolument homogènes, intriquées et anastomosées, et laissant entre elles des espaces très petits et arrondis; de place en place, vaisseaux sanguins sans paroi propre. G. T.

Infectieuses (Eruptions dans les maladies).

Dermatite gangréneuse dans la fièvre typhoïde. (Gangrenous dermatitis complicating typhoid fever), par B. F. STAHL. *Philadelphia medical Journal*, 15 octobre 1898, p. 803.

S. a observé trois cas de gangrène disséminée chez des soldats, qui avaient contracté la fièvre typhoïde pendant la guerre de Cuba. Dans les trois cas, la fièvre avait été très élevée, l'éruption gangréneuse s'est montrée pendant la convalescence et s'est accompagnée de furonculose. Les lésions débutaient par une macule érythémateuse sur laquelle se formait une bulle à contenu louche; quand la bulle se rompt elle laissait voir une surface simplement excoriée ou ecchymotique ou même une escarre plus ou moins profonde. Le processus était très rapide car on pouvait voir en une seule nuit se former plusieurs plaques gangréneuses de la grandeur d'une pièce de 5 francs en argent. Il n'y avait pas d'odeur gangréneuse. Les lésions occupaient surtout la face, le cou, les membres supérieurs, le dos et les organes génitaux. Dans aucun cas, les membres inférieurs n'ont été atteints. Deux des malades sont morts, suivant toute vraisemblance par suite de cette complication. W. D.

Dermatite exfoliatrice consécutive à la fièvre typhoïde (A case of exfoliative dermatitis following typhoid fever), par A. DIEHL. *Journal of cutaneous and genito-urid. diseases*, mai 1898, p. 222.

Un jeune homme de 18 ans, convalescent de fièvre typhoïde est pris d'une éruption érythémateuse, débutant par un semis de fines papules rouges, du volume d'une tête d'épingle. L'éruption débute par les poignets, puis par les pieds, et, de ces deux points, s'étend sur toute la surface du corps qui est envahie en huit jours. La desquamation commence aussitôt en suivant la même marche que l'érythème. La desquamation se fait en grandes lames sur les mains et les pieds, partout ailleurs sous forme de lamelles furfuracées, mais d'une extrême abondance; les cheveux tombent, les ongles ne sont pas altérés, sauf par la desquamation se faisant sous le bord libre. A diverses reprises, il est apparu quelques grosses bulles à contenu clair. La peau a une teinte rougeâtre, il y a parfois un peu de cuisson mais pas de démangeaisons, pas de symptômes généraux. Quand le malade a quitté l'hôpital, l'éruption durait encore. W. D.

Exanthèmes produits par le sérum anti-diphthérique (The serum exanthemata observed in the antitoxin-treatment of diphtheria), par H. W. BERG. *Medical Record*, 18 juin 1898, p. 865.

Dans l'hôpital Willard-Parker, de New-York, l'auteur a observé 82 exanthèmes, sur 337 cas de traitement sérothérapique, soit 24 p. 100.

Il divise les exanthèmes sérothérapiques en : 1° érythème simple ; 2° érythème scarlatiniforme avec ou sans desquamation ; 3° érythème rubéoliforme avec ou sans desquamation ; 4° érythèmes à type d'érythème multiforme comprenant l'urticaire. Ce dernier groupe comprend le plus grand nombre de cas.

Le début de l'éruption s'accompagne généralement d'une brusque élévation de température surtout dans les types scarlatiniforme et rubéoliforme. On peut aussi observer des néphrites, des broncho-pneumonies, des otites et surtout des polyarthrites, surtout quand l'éruption ressemble à la rougeole. Les exanthèmes apparaissent généralement après une incubation de quelques jours, pouvant varier de 1 à 16 jours. Les éruptions morbilliformes sont les plus tardives et d'habitude les plus généralisées. Il n'est pas rare de voir une ou deux rechutes d'exanthème, qui n'offrent pas nécessairement le même type. Dans le type urticaire la démangeaison est de règle et les lésions offrent plus de fixité que dans l'urticaire vraie.

L'exanthème est dû à l'injection d'un sérum étranger et non à l'antitoxine, il se produit tout aussi bien avec du sérum non immunisé. Johannessen a constaté que le sérum naturel filtré sur la porcelaine produisait moins d'éruption que le sérum non filtré ; ce fait est confirmé par l'auteur qui a vu moitié moins d'éruptions, avec du sérum anti toxique, filtré sur une bougie Chamberland, qu'avec du sérum non filtré ou filtré sur une bougie plus poreuse et à filtration rapide. Cette filtration est assez difficile et se fait lentement mais elle ne diminue pas la puissance antitoxique du sérum.

Il est probable que les exanthèmes sont dus à l'excrétion par les glandes sudoripares et les capillaires du réseau papillaire cutané des substances toxiques contenues dans le sérum étranger. W. D.

Lèpre

La culture du bacille de Hansen et le séro-diagnostic de la lèpre, par SPRONCK. *Semaine médicale*, 28 septembre 1898, p. 393.

S., sur trois cas de lèpre mixte, a obtenu deux fois des cultures de bacilles ressemblant morphologiquement à celui de la lèpre, en se servant, comme terrain de culture, de la pomme de terre stérilisée et glycinée ; les colonies, très petites, qui se développent au bout de 10 jours, à 38°, ne se laissent pas réensemencer sur pommes de terre, mais peuvent être facilement transplantées sur le sérum de cheval gélatinisé de Löffler. S. pense que, dans les cultures sur pommes de terre, le bacille emprunte ses éléments nutritifs aux fragments de tissus qui ont été transplantés en même temps que lui. Les bacilles ainsi obtenus sont immobiles, chromogènes, aérobies facultatifs, ne poussent pas dans les bouillons de viande, mais croissent activement dans les bouillons simples de poisson. Ces bacilles sont une race modifiée du bacille de Hansen, qui se décolore plus rapidement que les bacilles normaux par le procédé d'Erich ; ils ressemblent plutôt aux bacilles diphthériques et pseudo-diphthériques qu'aux bacilles de Koch, et ne semblent pas pathogènes pour les animaux.

Le sérum de sujets non lépreux, bien portants ou malades, se comporte à l'égard du bacille de Hansen, modifié à peu près comme le sérum

des non typhiques, vis-à-vis du bacille d'Eberth-Gaffky. Il est tout à fait exceptionnel de voir un sujet non lépreux dont le sérum agglutine ces bacilles au 1/30 ou 1/40; par contre, le sérum des 9 lépreux que l'auteur a étudiés agglutinait les bacilles au titre de 1/60 et 1/1000; dans trois autres cas, l'agglutination ne se faisait qu'entre 1/20 et 1/40, mais il s'agissait de cas de lèpre anesthésique d'ancienne date, dans lesquels les taches avaient complètement disparu. Dans un cas, le séro-diagnostic a servi à reconnaître l'existence de la lèpre; pour le pratiquer, il faut se servir de cultures vivantes et récentes, les bacilles morts ne donnant la réaction que plus lentement.

S. pense que ces bacilles de Hansen sont les mêmes, qui ont déjà été isolés de produits lépreux par Bordoni-Uffreduzzi, Gianturco, Babes Lévy et Czaplewski.

G. T.

Onze cas de lèpre observés à Marseille, par L. PERRIN. *Marseille médical*, 1898.

P. a observé à Marseille, 11 cas de lèpre, dont 6 dans l'espace de trois mois, dont il rapporte les observations détaillées. Ces cas se répartissent, au point de vue de leur origine, de la façon suivante : 2 proviennent de Rio-de-Janeiro, 1 du Mexique, 1 de l'Indo-Chine, 1 de Bourbon, 2 de la Martinique, 1 de la Guadeloupe, 3 de San-Renio ou de ses environs. Il est vraisemblable qu'à Marseille, en raison des communications incessantes avec tous les pays du monde, il existe d'autres cas de lèpre encore inconnus, et P. signale l'intérêt que présenterait une enquête sur ce point.

G. T.

Sur les lésions des cordons postérieurs dans la moelle des lépreux, par JEANSELME et P. MARIE. *Revue neurologique*, 15 novembre 1898, p. 751.

De l'examen de la moelle de 2 sujets atteints de lèpre, les auteurs concluent que, dans certains cas de lèpre, il existe des lésions des cordons postérieurs occupant, avec une prédilection particulière, les cordons de Goll, les faisceaux en virgule, les triangles cornu-marginaux. Ces lésions coïncidant avec un minimum d'altérations des racines postérieures et du réticulum des colonnes de Clarke sont très vraisemblablement d'origine endogène.

G. T.

Tentative de transplantation de la lèpre sur le cerveau des animaux (Gli effetti di tentativi con trapiantazioni di lepra sul cervello di alcuni animali), par A. SCANGA. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, octobre 1898, p. 93.

Dans ces recherches, qui confirment celles de Campana, au sujet de l'absence de propriétés irritantes des tissus lépreux pour les animaux, S. a inséré, dans différentes parties du cerveau de 14 pigeons, des fragments frais, extirpés aseptiquement ou conservés depuis quelques jours dans l'alcool absolu, de tubercules lépreux de la peau. Après une période de dépression de 5 à 6 jours ou au maximum 8 jours, les animaux se sont améliorés et se sont remis complètement, ou bien, après une amélioration passagère, ont été repris d'accidents graves et sont morts; aucun d'eux n'a eu de paralysie ni de convulsions. A l'autopsie des animaux, il y avait des adhérences au niveau de la transplantation et le nodule transplanté

était en partie formé de blocs hémorrhagiques, en partie sain, ou entouré par un liquide blanc jaunâtre, d'aspect purulent, ou enfin complètement remplacé par un vaste foyer hémorrhagique. Au microscope, on trouva souvent des reliquats du fragment inoculé; plein de bacilles isolés, ou en groupes, contenus dans les cellules connectives et surtout dans le stroma conjonctif du fragment inoculé; on trouva également quelquefois des bacilles dans la zone voisine du tissu cérébral, et dans les parties saines du tissu du cerveau, et cela aussi bien lorsque l'inoculation avait été faite avec des tissus renfermant des bacilles vivants que lorsque ceux-ci pouvaient être considérés comme morts. G. T.

Effets du bacille lépreux sur les ganglions spinaux du lapin (Effetti del bacillo leproso sui ganglii spinali dei conigli, in rapporto coll'azione irritante, che possono ridestare su di essi, alcuni agenti chimici), par C. RIATTI. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, octobre 1898, p. 121.

R. a injecté comparativement, dans la fesse de plusieurs lapins, une émulsion de tubercule lépreux et une solution de nitrate d'argent. A l'examen microscopique des régions injectées, il a trouvé, dans le tissu conjonctif péri-ganglionnaire et dans celui des ganglions spinaux, des cellules leucocytoïdes, peu abondantes du côté de l'injection d'émulsion de lépre, en très grand nombre du côté de l'injection caustique. G. T.

Leucoplasie.

Leucoplasie de la vulve (Leucoplachia della vulva), par M. CARRUCCIO. *Clinica dermosifilopatica della R. Università di Roma*, 1898, fasc. 2, p. 47.

Femme de 17 ans, mariée à 15 ans, ayant depuis trois semaines des taches blanches à la vulve et depuis quinze jours une ulcération. Grandes lèvres tuméfiées, sans rougeur. Petites lèvres tuméfiées; à leur face interne, plaques blanches, sèches, de forme arrondie, de la largeur d'une lentille, à bords bien marqués, avec épaississement et induration de l'épiderme; ces plaques sont plus évidentes du côté gauche. Sur le vestibule et sur les petites lèvres, érosions épithéliales superficielles et irrégulières, contrastant avec la coloration de ces petites plaques. Sur la petite lèvre droite, ulcération arrondie, un peu plus large qu'une pièce de 2 centimes, à bords saillants en dehors, à fond induré et parcheminé. Quelques ganglions cervicaux et axillaires. Ultérieurement, développement de tous les symptômes de la syphilis secondaire. A la suite de lavages avec une solution de sublimé, disparition d'une grande partie des taches blanches. Après traitement par les injections sous-cutanées de sublimé, persistance de plaques blanches à la vulve.

A l'examen histologique d'une de ces plaques, on constate une augmentation d'épaisseur de la couche des cellules cornées qui est formée de 5 ou 6 plans de cellules; le stratum lucidum est peu distinct; le stratum granulosum est assez épaissi; le corps muqueux est également épaissi; ses cellules sont augmentées de nombre, mais ont tous leurs caractères normaux, sauf que sur quelques-unes on constate de l'hydropisie nucléaire et péri-nucléaire. Les papilles sont plus accusées qu'à

l'état normal ; il y a, dans leur partie profonde, une légère infiltration de cellules leucocytoïdes, principalement au voisinage des vaisseaux sanguins, de même dans le derme ; les follicules lymphatiques sont entourés d'un amas considérable de cellules leucocytoïdes.

L'étiologie de cette affection reste douteuse.

G. T.

Lupus.

Recherches expérimentales sur le lupus érythémateux au point de vue de sa nature tuberculeuse (Ricerche sperimentali sul lupo eritematoso dal punto di vista della tubercolosi), par G. MELLE. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 207.

Des fragments de peau d'un cas de lupus érythémateux, inoculés à trois cobayes et à un lapin n'ont provoqué aucune lésion tuberculeuse chez ces animaux ; les cultures de fragments provenant du même cas, dans le sérum sanguin et la sérosité d'hydrocèle, sont restées stériles. M. conclut de ces recherches que la nature du lupus érythémateux est loin d'être démontrée.

G. T.

Nævus.

Enorme nævus angiomateux de la face avec hémiplégie spasmodique et épilepsie, par LANNOIS et BERNOUD. *Nouvelle Iconographie de la Salpêtrière*, novembre 1898, p. 446.

Femme de 20 ans ; développement corporel normal. Toute la moitié gauche de la face, d'apparence bestiale, est le siège d'une hypertrophie monstrueuse portant sur la joue, les deux lèvres, la partie supérieure du cou, de coloration vineuse et de consistance mollasse. La coloration anormale s'étend sur tout le côté gauche, même l'oreille, une partie du côté droit, surtout la joue. Tuméfaction des gencives, absence de dents à gauche : saillie rouge de la grosseur d'un œuf de poule dans le fond de la gorge à gauche ; langue atrophiée, surtout à droite, sa partie gauche rouge et parsemée de petites taches vineuses. Crises épileptiques depuis l'âge de neuf ans au moins. Hémiplégie spasmodique gauche. Intelligence médiocre.

Les auteurs pensent qu'il y a un rapport entre le nævus et les lésions cérébrales, lesquelles sont probablement produites par un angiome intra-crânien.

G. T.

Neurofibromatose.

Sur les formes incomplètes de la neurofibromatose ; la maladie de Recklinghausen, par FEINDEL et OPPENHEIM. *Archives générales de médecine*, juillet 1898.

Les signes fondamentaux de la maladie de Recklinghausen se réduisent à quatre : fibromes des nerfs, fibromes de la peau, pigmentation en larges taches, pigmentation en semis. F. et O. rapportent deux observations, dans l'une desquelles manquait la pigmentation punctiforme, tandis qu'il existait des tumeurs cutanées et des tumeurs des nerfs, dont une très volumineuse sur le sciatique ; dans l'autre observation les tumeurs des nerfs faisaient défaut. De ces cas et d'autres publiés par différents

auteurs, F. et O. concluent que l'un des signes capitaux de la maladie de Recklinghausen peut manquer sans que l'aspect d'ensemble du malade soit grandement modifié. Lorsque deux ordres de signes manquent, il s'agit encore de la maladie de Recklinghausen. Les deux ordres de symptômes qui subsistent peuvent se combiner diversement ; les deux formes représentées par des tumeurs seulement, ou de la pigmentation seulement, constituent des types bien nets.

S'il n'y a que des accidents d'un seul ordre, la physionomie générale de la maladie est altérée. Cependant, dans un des quatre cas qui se présentent alors, celui où des fibromes multiples des nerfs existent seuls, il s'agit encore de maladie de Recklinghausen. Dans les trois autres : molluscum généralisé, lentigo généralisé, mélanodermie congénitale, que l'unique symptôme soit chargé ou discret, accompagné ou non de symptômes d'importance secondaire, il ne s'agit pas, à proprement parler, de maladie de Recklinghausen, mais seulement de formes connexes.

La maladie de Recklinghausen est en somme comme un centre autour duquel se groupent, d'abord, des formes faiblement incomplètes ; plus loin, des formes frustes ; plus loin encore, des formes simplement connexes. Les quatre symptômes physiques caractéristiques ont une origine commune ; ils sont la conséquence d'une malformation primitive de l'ectoderme. Ces malformations, au même titre que tout autre malformation, sont les stigmates d'un état dégénératif.

G. T.

Pigmentation (Troubles de la).

Demodex folliculorum et hyperchromie cutanée (Demodex folliculorum e ipercromia cutanea), par T. DE AMICIS. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 205.

Femme de 27 ans, ayant depuis plusieurs mois une hyperchromie de couleur café au lait claire, sur la lèvre supérieure et sur tout le menton, sans desquamation apparente ; les orifices folliculaires étaient très apparents ; la coloration était survenue sans cause appréciable et sans aucune sensation douloureuse. Le produit de râclage des surfaces pigmentées renfermait un nombre extrêmement considérable de demodex folliculorum, tandis que ce parasite faisait défaut dans les parties non hyperchromiques. Après des lavages au savon vert, des applications de pommade à la créoline, les parasites disparurent, la coloration s'atténua et finit par disparaître après l'application de solution de sublimé à 1 p. 100.

L'auteur pense qu'il peut y avoir une relation entre l'hyperchromie et la présence du parasite.

G. T.

Un cas de mélanodermie congénitale, par F. ROCHE. *Marseille médical*, 1898.

Femme de 28 ans, née, en Hongrie, d'un père nègre et d'une mère albinos ; la sœur cadette a également une pigmentation cutanée, mais moins marquée. La coloration du tégument varie du blanc au brun chocolat ; toute la face est brune, sauf le milieu du front qui a une large tache blanche partant de la racine du nez pour se perdre dans le cuir chevelu en s'élargissant. Oreilles uniformément noires, ainsi que le cou en avant et en arrière. Vers le tiers inférieur du bord interne du sterno-cléido-

mastoldien droit, commence une tache blanche, qui s'élargit pour couvrir le thorax, l'abdomen, la face interne des deux bras. Avant-bras et main gauches de couleur foncée. Partie inférieure de l'abdomen tachetée de noir et de brun, ainsi que les membres inférieurs dans toute leur étendue, l'avant-bras et la main droite. Malléoles et pieds noirs. Régions dorsale, lombaire et fessière complètement noires. Muqueuses noires. Cheveux épais, lisses, noirs, sauf à la partie antérieure où il y a une mèche blanche. Système pileux peu développé. Iris marron foncé. Aucune lésion de la peau en sus de la pigmentation.

G. T.

Pilaire (Maladies du système).

Monilethrix à localisation anormale (A case of monilethrix with an unusual distribution), par C. GILCHRIST. *Journal of cutaneous and gen. urin. diseases*, avril 1898, p. 157.

Le monilethrix ou état moniliforme des poils est une affection qui n'a guère été observée en Amérique, et le cas actuel est remarquable par son siège aux membres inférieurs.

Le sujet de l'observation est un jeune médecin de 28 ans, grand, bien constitué et bien portant. Le début peut être fixé à l'âge de 17 ans : à cette époque il remarqua à la partie antérieure des jambes deux plaques alopéciques, symétriques, limitées en dedans par la crête du tibia, mesurant 7 centimètres et demi sur 2 centimètres et demi et qui augmentèrent peu à peu. Deux ans plus tard, deux plaques analogues se montrèrent à la face antéro-externe des cuisses, puis deux autres sur les mollets. Il y a deux ans les poils ont reparu sur la plaque de la cuisse droite.

Le sujet est très velu, de sorte que les plaques alopéciques se détachent nettement. Les plaques des jambes mesurent 20 et 21 centimètres sur 7 et 8 centimètres; la peau y est lisse et douce au toucher, sauf quelques points de kératose pilaire. On y reconnaît les orifices folliculaires vides; on y trouve un certain nombre de poils de duvet et des poils moniliformes, très cassants, plus nombreux à la périphérie et qu'on retrouve encore disséminés parmi les poils sains du voisinage. Ces poils présentent des renflements réguliers, séparés par des étranglements dont le diamètre est à peu près égal à la moitié de celui des renflements; le pigment est à peu près également répandu partout, de sorte qu'il paraît plus condensé dans les étranglements; la cuticule est plus épaisse dans les points amincis. Les poils anormaux sont peu adhérents et fragiles; ils se cassent en balai et toujours au niveau d'un étranglement.

Excision d'un fragment de peau contenant trois poils moniliformes. L'épiderme paraît un peu aminci. Un des follicules a son orifice obstrué par une masse cornée compacte. On peut suivre l'état moniliforme dans le follicule dont la paroi présente des contractions correspondant aux parties amincies; la papille est normale; les glandes sébacées sont atrophiées.

L'examen bactériologique n'a fait rien trouver, notamment pas le bacille du trichorrhexie de Menahem Hodara.

W. D.

Prurit.

Prurit consécutif aux bains (Bath pruritus), par H. W. STELWAGON. *Philadelphia medical Journal*, 22 octobre 1898, p. 863.

Cette forme de prurit est assez fréquente bien qu'elle ne soit signalée nulle part. La démangeaison occupe surtout les membres inférieurs et les avant-bras mais peut être généralisée, son intensité, quelquefois extrême, est très variable suivant les individus, et chez le même individu, d'un jour à l'autre. L'attaque dure de quelques minutes à une demi-heure et plus, après la sortie du bain, et elle est plus intense si le sujet se met au lit en sortant du bain que s'il s'habille et marche; le prurit ne se montre qu'après et non pendant le bain.

La saison n'a pas d'influence, non plus que la température du bain, cependant certaines personnes sentent des démangeaisons plus vives après un bain chaud d'autres après un bain froid. L'usage du savon, la longue durée du bain aggravent l'attaque.

Les malades sont généralement des névropathes, souvent uricémiques ou dyspeptiques avec une peau sèche et irritable; le surménagement cérébral, les passions déprimantes aggravent le prurit.

Il n'y a guère de traitement efficace. Les bains doivent être tièdes, sauf les cas particuliers où le malade supporte mieux les bains chauds ou froids. Quelquefois il y a avantage à ajouter un peu de sel pour élever la densité de l'eau à celle du sérum, cependant les bains de mer provoquent souvent la démangeaison; le bain doit être court, il faut s'essuyer doucement et complètement, ne pas abuser du savon et ne pas le laisser sécher sur la peau. Après le bain on peut faire une onction très légère de glycérine, de cold-cream, de lanoline avec une très faible dose d'acide phénique ou de thymol. Il faudra aussi surveiller l'état général, en cas d'uricémie ou de dyspepsie. W. D.

Du prurit sénile généralisé, de son traitement, par P. PARISTO. *Revue médicale de l'Est*, 15 décembre 1898, p. 755.

Leçon clinique à propos d'un cas de prurit généralisé sans aucune lésion chez un homme de 81 ans. P. attribue le prurit sénile généralisé à une auto-intoxication résultant du fonctionnement défectueux des organes, en particulier du rein et du foie, et non à des lésions des nerfs cutanés. Il insiste sur les troubles psychiques qu'entraîne ce prurit: les malades deviennent moroses, irritables à l'excès, et se plaignent sans cesse. Quelques-uns finissent par être victimes d'une véritable obsession, ils se croient encore sous l'influence de leur maladie alors qu'ils en sont guéris, d'où peut-être l'incurabilité de certains prurits séniles.

P. s'est bien trouvé, dans cette affection, de l'emploi des purgatifs, du benzonaphtol, du régime lacté exclusif, ce qui vient à l'appui de son origine toxique. G. T.

Pyodermites.

Dermatite aiguë infectieuse (A case of acute pyrexial dermatitis), par LESLIE PHILLIPS. *British journal of Dermatology*, mars 1898, p. 83.

Une femme de 27 ans, sans antécédents pathologiques, est prise, sans cause connue, de malaise et, une semaine après, d'une éruption générali-

sée accompagnée de fièvre. L'éruption débuta par la face dorsale des doigts, puis s'étendit en quelques jours à la face dorsale des mains, la face postérieure des avant-bras et des bras, au dos et aux membres inférieurs, surtout les jambes. Elle est constituée par des plaques irrégulièrement arrondies, rouges et infiltrées, couvertes de pustules dures et tendues du volume d'un pois; l'aspect de la plaque éruptive rappelle beaucoup un placard de zona. La fièvre est très élevée, la langue chargée, l'aspect général est celui d'une pyrexie grave. Au bout de quelques jours la fièvre est tombée, les pustules se sont graduellement dissociées sans se rompre et en commençant par le centre des placards. La maladie dura trois semaines laissant la malade très faible.

L'auteur ne sait trop quelle étiquette mettre sur ce cas et discute ses analogies avec l'impétigo herpétiforme dont il voudrait voir élargir le cadre. Il pense qu'il s'agit ici d'une infection généralisée par des microcoques pyogènes

W. D.

Rhinosclérome.

Histologie et étiologie du rhinosclérome (Osservazioni sulla istologia ed etiologia del rinoscleroma), par T. SECCHI. Broch. in-8° de 61 pages. Cagliari, 1898.

Dans ce travail, l'auteur, se basant sur les constatations faites dans deux cas de rhinosclérome, l'un récent, l'autre ancien, combat l'opinion d'après laquelle cette affection est causée par le bacille de Frisch. Il a constaté que les cellules renfermant des bacilles de Frisch sont en nombre inverse des formes blastomycétiques dont il a constaté l'existence; en outre, les formes blastomycétiques sont plus nombreuses dans les points où il y a peu de lésions dégénératives, c'est-à-dire dans les nodules récents; au contraire les cellules bacillifères sont plus nombreuses dans les points où il y a des lésions dégénératives, c'est-à-dire dans les nodules anciens; de là résulte que les formes blastomycétiques ont, dans le rhinosclérome, une importance plus considérable que les bacilles et représentent la partie principale, causale du processus.

Cette opinion est d'ailleurs confirmée par les recherches expérimentales qui n'ont permis d'accorder aucune valeur pathogène au bacille de Frisch, et par la dissemblance des lésions du rhinosclérome et de toutes les lésions produites par des bacilles, tant au point de vue de leurs caractères histologiques qu'au point de vue de leur évolution.

G. T.

Sur le rhinosclérome (Appunti sul rinoscleroma), par G. MAZZA. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 271.

Étude consciencieuse à propos d'un cas de rhinosclérome avec recherches microscopiques et bactériologiques, que l'auteur termine par les conclusions suivantes: Le rhinosclérome peut débiter par la cavité nasale. Il s'étend ordinairement par continuité. Ses caractères anatomiques sont ceux d'un granulome, mais il n'est pas prouvé que ce granulome soit spécifique. Des recherches ultérieures sont nécessaires pour interpréter plus exactement la nature des éléments désignés sous le nom de globes hyalins.

Le bacille de Frisch se rencontre dans le tissu du rhinosclérome; mais il n'est pas prouvé qu'il ne puisse pas se trouver dans des lésions diffé-

rentes du rhinosclérome. Le bacille de Frisch ne produit aucune lésion chez les animaux ; celui de Pfeiffer, au contraire, est pathogène pour les animaux et, contrairement au bacille du rhinosclérome, produit des bulles gazeuses en grand nombre. G. T.

Bacilles capsulés des voies naso-pharyngiennes de l'homme, étudiés comparativement au micro-organisme du rhinosclérome (Sopra alcuni capsulati tratti della vie nasofaringee dell uomo, comparativamente studiati col microrganismo del rinoscleroma), par A. DUCREY. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 297.

De recherches poursuivies sur 23 malades, D. conclut que dans la sécrétion de la muqueuse naso-pharyngée, chez les sujets atteints d'affections diverses des voies respiratoires, en particulier de catarrhe simple, et quelquefois même dans le mucus de cette région chez des sujets sains, on peut isoler de nombreux bacilles capsulés. L'identification d'un certain nombre d'entre eux n'est pas parfaite ; cependant certains peuvent être identifiés aux bacilles de Friedländer, de Pfeiffer et de Löwenberg, principalement à ce dernier qui ne peut, en tout cas, être considéré comme particulier à l'ozène.

Un seul de ces bacilles, trouvé cependant chez un sujet non atteint de rhinosclérome, ne peut être différencié du bacille de Frisch. Bien des recherches sont encore nécessaires pour pouvoir assigner en toute sûreté au bacille de Frisch la part qu'on lui attribue dans l'étiologie du rhinosclérome ; mais la constatation très exceptionnelle, dans un catarrhe vulgaire, d'un bacille capsulé présentant d'une façon parfaite les caractères du bacille de Frisch, n'est pas un argument suffisant pour lui enlever toute importance pathogène, car on pourra un jour trouver un caractère différentiel à deux micro-organismes qui semblent aujourd'hui identiques.

Il suffit de signaler ce fait, dont l'interprétation viendra plus tard. Pour la clinique, il est important de savoir dès maintenant que, dans des cas douteux, le simple examen bactériologique est insuffisant à porter avec une sûreté absolue le diagnostic de rhinosclérome. G. T.

Sang (Altérations du) dans les dermatoses.

L'alcalinité du sang dans quelques dermatoses (en russe), par M. TCHLENOFF. *Wratsch*, 1898, n° 9, p. 248.

T. a étudié cette question sur 30 malades et malgré le nombre peu élevé de ses expériences, il se croit en droit d'énoncer les conclusions suivantes : l'alcalinité du sang est normale dans quelques affections superficielles ou circonscrites de la peau (favus, herpès tonsurant, prurit, alopecie, lupus et tuberculose de la peau, atrophie de la peau), et diminuée dans certaines dermatoses profondes, où l'on peut supposer des troubles de l'état général (sclérome, dermatite herpétiforme, purpura, eczéma, érythrodermie, pemphigus, éléphantiasis, psoriasis, érythème exsudatif, lichen ruber). Elle peut, dans quelques cas, être un élément de pronostic de l'affection cutanée. Elle n'est pas augmentée par le traitement arsenical, ce qui prouve que l'arsenic n'agit pas sur les maladies cutanées par l'intermédiaire du sang, mais par un autre procédé quelconque. Quant au traitement mercuriel, l'auteur n'a pu tirer de ses expériences de conclusion bien nette. Pour ses recherches, M. Tchenoff s'est servi de la méthode de titrage de Landois. S. Brodo.

Sueur (Troubles de la sécrétion de la).

Congestion et hyperhidrose unilatérales de la face (A case of unilateral flushing and sweating of the face), par W. RHEIN. *Philadelphia medical Journal*, 20 août 1898, p. 384.

Une femme de 23 ans, sans troubles nerveux ni stigmates hystériques, se réveille parfois le matin avec un engourdissement de la main et du bras droits qui lui semblent comme paralysés. Ces parties sont en même temps froides et blanches; un peu plus tard, la peau devient rouge et tout rentre dans l'ordre. Depuis trois mois, il survient, presque chaque après-midi, une attaque constituée par de l'engourdissement et du gonflement de la main et du bras droits, de la rougeur et une sueur profuse du côté droit de la face et du cou. La malade a remarqué que parfois la pupille gauche est rétrécie.

L'auteur passe en revue les diverses observations d'hyperhidrose unilatérale de la face et conclut à l'origine hystérique de son cas. W. D.

Toxiques (Éruptions).

Rashs érythémateux à la suite de lavements (Erythematous rashes following the use of enemata), par R. CRAWFORD. *Therapeutic Gazette*, 15 octobre 1898, p. 660.

Les éruptions consécutives aux lavements sont beaucoup plus communes qu'on ne croit, l'auteur en a observé 14 cas, tous chez des enfants. Dans 2 cas l'éruption est survenue à la suite d'un lavement d'eau salée (pour des oxyures), dans tous les autres il s'agissait de lavements d'eau savonneuse; chez un des malades, un simple lavement d'eau pure suffisait pour provoquer une éruption; chez d'autres, la répétition du lavement d'eau savonneuse ne faisait rien. L'éruption apparaît généralement quelques heures après le lavement; elle est le plus souvent scarlatiniforme, quelquefois urticarienne et prurigineuse; elle débute par les fesses où elle est le plus marquée, puis s'étend de proche en proche et plus ou moins loin, atteignant rarement la face; l'exanthème disparaît en 24 heures sans desquamation. Il y a quelquefois un peu de fièvre, le diagnostic le plus important est avec la scarlatine; l'explication la plus plausible de ces éruptions est que le lavement liquéfie les matières fécales contenues dans le gros intestin et permet l'absorption des toxines qu'elles renferment. W. D.

Trichophytie.

130 cas de teigne. (One hundred and thirty cases of ringworm observed in the skin department of University College Hospital), par G. PERNET. *Lancet*, 1^{er} octobre 1898.

La teigne tondante à petites spores (microsporon Audouini) est de beaucoup la plus fréquente à Londres, elle représente 96 p. 100 des teignes tondantes. Elle débute par l'épiderme avant d'attaquer le cheveu et elle envahit souvent les parties glabres en y faisant des plaques ou des cercles rouges et squameux, on peut même observer des cas de microsporon Audouini des parties glabres sans tondante. Pernet cite le cas d'une femme qui avait sur les avant-bras des plaques circonscrites dues au microsporon et dont l'enfant avait de la tondante à petites spores.

Les trichophytos à grosses spores produisent des tondantes tout aussi rebelles que les précédentes, mais la localisation sur les parties glabres y est certainement plus fréquente. Dans aucun cas Pernet n'a pu établir l'origine animale d'une façon certaine. W. D.

Trichophytie circinée (Notes on two cases of tinea circinata), par COLCOTT FOX et FRANK BLAXALL. *British Journal of Dermatology*, février 1898, p. 37. Avec une planche photog.

Dans l'état actuel de la question des trichophyties, une observation n'est valable que si elle est complétée par l'examen microscopique, par les cultures et par une enquête étiologique.

Deux garçons de 7 et 5 ans, enfants d'un cultivateur, sont atteints depuis un mois d'une éruption disséminée de cercles trichophytiques rouges, secs, peu squameux, nullement vésiculeux, contenant parfois un autre cercle concentrique; il n'y avait rien au cuir chevelu. Le chat familier de la maison avait été malade mais il avait été tué récemment et le cadavre avait été jeté.

L'aspect des lésions pouvait faire penser à un trichophyton endothrix, mais l'examen des squames ne montrait que des filaments et pas de spores. Les cultures ont montré une variété spéciale de trichophyton du chat que les auteurs ont déjà observé et décrit. Il forme sur le milieu d'épreuve de Sabouraud des cultures très luxuriantes avec un duvet très abondant, remontant le long des parois du tube. Il en est de même sur la pomme de terre qui ne change pas de couleur. L'aspect de la culture varie du reste énormément, suivant les plus légères différences de milieu. Les cultures sont remarquables par la constance et l'abondance des chlamydospores; elles ont du reste une certaine analogie avec celles du microsporon. Pour les détails voir l'original.

Dans un autre cas, une petite fille et sa mère présentaient toutes deux une plaque trichophytique à évolution très rapide, d'aspect très inflammatoire, entourée de grosses vésicules, la lésion ressemblait à une pustule maligne. Tout faisait soupçonner un trichophyton ectothrix d'origine animale, probablement du chat; or l'étude ultérieure montra un trichophyton endothrix à cultures cratériformes tout à fait typique. W. D.

Tuberculides.

A propos des tuberculides, par U. MONIER et H. MALHERBE. *Presse médicale*, 22 octobre 1898, p. 241.

Deux observations de tuberculides nécrotiques des mains: la première a trait à une malade déjà présentée par Hallopeau à la Société de dermatologie; ultérieurement des lésions semblables se sont développées à la nuque.

La deuxième se rapporte à un homme de 28 ans, ayant eu précédemment la syphilis, et dont les sommets pulmonaires sont suspects de tuberculose.

L'examen histologique d'une nodosité extirpée au deuxième malade montre des foyers embryonnaires, disposés principalement en amas le long des vaisseaux sanguins, et une infiltration embryonnaire des glomérules sudoripares; cellules géantes extrêmement rares.

La recherche du bacille de Koch sur les coupes, l'inoculation des lésions aux animaux ont donné des résultats négatifs. M. et M. H. pensent qu'il s'agit de lésions paratuberculeuses et non tuberculeuses. G. T.

Tuberculose.

Tuberculose cutanée verruqueuse chez les enfants, par J. COMBY.
Archives de médecine des enfants, décembre 1898, p. 705.

C. rapporte 5 cas de tuberculose verruqueuse chez des enfants.

Les enfants atteints de cette affection se réinoculent eux-mêmes par les grattages; dans un cas, il y avait 19 foyers tuberculeux.

Contrairement aux adultes qui contractent la tuberculose cutanée par auto-inoculation de leurs crachats, les enfants qui ne crachent pas, sont inoculés par les crachats des autres, de leurs proches principalement. Les lieux d'élection sont les mains, mais on peut chez l'enfant observer la tuberculose verruqueuse à leur face palmaire, aussi bien qu'à leur face dorsale. C. l'a observée également aux avant-bras, aux coudes, aux pieds. Dans 3 cas, il l'a vue coïncider avec des gommes tuberculeuses. Dans un cas, un enfant atteint de tuberculose verruqueuse des mains avait sa sœur atteinte d'un lupus de la joue. G. T.

Thrombo-phlébite tuberculeuse de la peau observée dans un cas d'adénite scrofuleuse du cou (Sopra la tromboflebite tubercolare cutanea osservata in un caso di linfomi scrofulosi del collo), par L. PHILIPPSON. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, fasc. 1, p. 61.

Garçon de 19 ans, atteint depuis plusieurs années d'adénites scrofuleuses suppurées du cou et de gommes scrofuleuses ulcérées des jambes. Le 22 juin 1895, pendant le séjour à l'hôpital, pour la première fois, sans fièvre et sans troubles généraux, apparition de petites saillies, de 2 à 3 millimètres de diamètre, de couleur rosée avec une auréole également rosée, ayant la consistance de l'œdème, avec un nodule plus résistant que les parties adjacentes dans le derme sous-jacent, peu douloureuses à la pression. Ces saillies occupaient le dos de la main gauche, le bord cubital de l'avant-bras gauche, la face antéro-interne de la cuisse gauche, le bord interne du pied gauche. Les jours suivants, d'autres lésions identiques se montrèrent sur le bord externe et à la plante du pied droit, au mollet droit, puis les nodules disparurent à l'exception d'un de ceux du pied gauche qui augmenta de volume et devint livide, puis, les mois suivants, il s'en montra de nouveaux dans différentes régions, dont quelques-uns suppurèrent.

L'examen histologique de 7 de ces nodules, parvenus à des périodes variées de leur développement, a montré que les lésions, limitées exclusivement au tissu cellulaire sous-cutané et respectant le derme, consistaient en une thrombose d'une ou de plusieurs veines sous-cutanées, avec dilatation de la veine, œdème de ses parois et infiltration leucocytaire; dans le reste de l'hypoderme, infiltration modérée de leucocytes autour des vaisseaux. Sur les préparations de deux nodules seulement, il a été possible de constater la présence de bacilles tuberculeux, situés uniquement au niveau de la paroi vasculaire. Sur les préparations de deux nodules, il y avait des cellules géantes disséminées, mais en aucun point il n'y avait de tubercules.

L'auteur conclut des caractères histologiques des lésions qu'il s'agissait d'une phlébite avec thrombose consécutive. Il pense que cette phlébite aiguë primitive, localisée à un petit trajet du vaisseau atteint, que la présence du bacille de Koch permet de qualifier de tuberculeuse pour deux des nodules, est la conséquence des lésions tuberculeuses des ganglions lymphatiques et le résultat d'une métastase de cette tuberculose ganglionnaire.

L'auteur insiste sur l'intérêt de cette constatation au point de vue de la pathologie générale des manifestations tuberculeuses, et en particulier de la pathogénie du lupus, qui peut avoir une origine sanguine, quoique cela ait été nié par certains auteurs.

G. T.

Zona.

Zona et tuberculose, par G. MOUTON. *Bulletin médical du Nord*, 1898, p. 19.

Homme de 25 ans, atteint de zona thoracique droit, correspondant au trajet des 5^e, 6^e et 7^e nerfs inter costaux. Pneumothorax partiel à gauche. A droite, frottements pleuraux à la base et à la partie moyenne avec bronchite à la partie supérieure.

G. T.

REVUE DE VÉNÉRÉOLOGIE

Blennorrhagie.

Études bactériologiques sur le gonocoque (Bacteriologische Studien über den Gonococcus), par S. GROSZ et R. KRAUS. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, XLV, p. 328.

Les recherches bactériologiques pratiques ont pour but d'étendre la sérothérapie à toutes les maladies infectieuses. En ce qui concerne la blennorrhagie, on a cherché à provoquer une infection de ce genre chez les animaux, pour savoir si le gonocoque ou les toxines sont toxiques et si le processus gonorrhéique est modifié par un sérum d'immunisation éventuelle.

Comme les auteurs pensaient étudier ces questions par des recherches personnelles, il était absolument nécessaire de vérifier les résultats antérieurs et par suite une partie de leur travail est consacrée à répéter les expériences faites par les auteurs précédents. Ils ont porté leur attention sur la manière dont se comporte le gonocoque avec d'autres bactéries *in vitro* et dans l'urèthre humain, et ont étudié l'influence de certaines bactéries et de leurs dérivés sur l'urèthre normal.

Des cultures sur agar de typhus, de choléra, de staphylocoque doré, chauffées à 98°, entravent la croissance des gonocoques. Des bouillons avec des cultures de typhus, de choléra, de staphylocoque doré se comportent différemment. Les bacilles du typhus, du choléra, le staphylocoque doré, chauffés à 70°, les cultures du bacille diphtérique, n'empêchent pas le développement des gonocoques. Des terrains de culture sur lesquels des gonocoques inoculés ne se sont pas développés conviennent absolument pour le typhus, le pyocyanique, le staphylocoque doré. Des cultures de gonocoques, chauffées à 98°,ensemencées avec le pyocyanique,

le staphylocoque doré, le bactérium coli n'empêchent pas la croissance de ces bactéries.

Dans des recherches ultérieures les auteurs comptent s'occuper de l'immunisation contre le gonocoque. A. DOYON.

Symptômes de l'urétrite totale (Ueber Symptome der Urethritis totalis), par S. RONA. *Archiv f. Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLIV, p. 141.

L'auteur, sur 160 cas d'urétrite aiguë, en a vu 26 (à peine 1/8) d'urétrite antérieure, 22 (environ 1/6) d'urétrite postérieure avec la première portion d'urine légèrement trouble et la deuxième portion sans cristaux (urétrite prostatique), et 112 (plus des 2/3 d'urétrite postérieure avec la deuxième portion d'urine plus ou moins trouble.

Il peut se produire une dysurie fréquente, même dans l'urétrite antérieure (sur 26 cas on l'a observée 6 fois). Seulement un tiers des cas sur 22 malades atteints d'urétrite postérieure présente une dysurie fréquente avec premier flot d'urine légèrement trouble, et claire dans le deuxième flot (urétrite prostatique); pollutions fréquentes dans moins de la moitié des cas. Dans ces cas on n'a jamais observé d'hémorrhagie terminale.

On ne peut pas nier l'existence de cette forme (urétrite prostatique de M. v. ZEISSL); dans la plupart des cas elle paraît être la période initiale de la variété suivante.

Les urétrites totales avec deux parties d'urine trouble, même celles qui sont compliquées de prostatite, de vésiculite, d'épididymite, ne sont pas non plus dans la plupart des cas accompagnées, même passagèrement, d'une plus grande dysurie, de pollutions fréquentes et de douleurs dans l'urètre postérieur et ne sont que dans un petit nombre de cas (13 sur 112) compliquées d'hémorrhagie terminale.

La question de la régurgitation reste ouverte.

Rona est disposé à admettre que, dans la plupart des cas d'urétrite où la deuxième partie d'urine est trouble, la valvule de l'orifice interne de la vessie participe plus ou moins à l'inflammation.

L'hémorrhagie terminale est toujours un symptôme d'une lésion intense de l'orifice interne de la vessie.

Le siège de l'hémorrhagie terminale est la valvule de l'orifice vésico-urétral. A. DOYON.

Spermatocystite blennorrhagique et ses relations avec le passage des bactéries de l'intestin dans la vessie. (Zur Kenntniss der Spermatocystitis gonorrhoeica und ihre Beziehungen zur Ueberwanderung von Bacterien aus dem Darm in die Blase), par C. FUCHS. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 117.

C'est un fait connu depuis longtemps que, après certaines maladies de la prostate et des vésicules seminales, il se produit de la bactériémie; toutefois on connaît moins les conditions dans lesquelles ces accidents se succèdent. L'auteur a eu l'occasion d'observer deux cas de ce genre.

L'un de ces malades éprouva dans le cours d'une blennorrhagie chronique du tenesme avec issue de quelques gouttes de sang à la fin de la miction. A l'examen rectal on trouva les deux vésicules séminales comme

deux corps durs, douloureux ; on pouvait les suivre jusqu'au bord de la prostate qui était peu modifiée.

L'examen de l'urine évacuée en dernier lieu montra des corps en forme de boudin d'environ un demi-centimètre de longueur, gélatineux, à la surface un peu teintée de sang, qui rappelaient beaucoup les grains de sagou qu'on trouve aussi dans l'urine des individus en bonne santé, dans les cas de spermatorrhée et après des pollutions. Au microscope on voyait, enfoncés dans une masse gélatineuse, des amas en forme de masses compactes de diplocoques qui, comme grosseur et comme aspect, ressemblaient tout à fait à des gonocoques ; ils ne se coloraient pas avec la méthode de Gram. Ces petites masses retirées de l'urine et portées sur de l'agar et du sérum sanguin donnèrent des colonies typiques de gonocoques, ce que confirma l'examen microscopique. En examinant une de ces petites masses on trouva à sa périphérie des bactéries en forme de bâtonnets qui avaient l'aspect du *bacterium coli* commune.

En cherchant à se rendre compte d'où provenaient ces petits amas, Fuchs est arrivé à cette conclusion qu'il s'agissait originairement d'une inflammation des vésicules séminales ; par conséquent cette sécrétion constitue un bon terrain de culture pour le développement des gonocoques. Le résultat microscopique montre que l'inflammation des vésicules séminales occasionne la desquamation et la tuméfaction des cellules épithéliales, ce qui en certains points vraisemblablement met à nu la paroi de tissu conjonctif des vésicules séminales et ouvre à la migration des bactéries intestinales, par conséquent aussi du *bacterium coli*, une porte d'entrée dans les vésicules séminales.

A. DOYON

Prostatite blennorrhagique glandulaire. (Casuistische Beiträge zur Bedeutung der Prostatitis gonorrhoeica glandularis), par E. FINGER *Archiv für Dermatologie u. Syphilis*, 1898, XLIII, p. 209.

F. appelle l'attention sur ce fait que l'examen rectal ne suffit pas pour éliminer une prostatite catarrhale. Il ne faut affirmer ou exclure une maladie concomitante de la prostate, dans le processus blennorrhagique, qu'en se basant sur les résultats de l'examen microscopique de la sécrétion par compression de la prostate. Tant que le catarrhe prostatique existe, le malade est toujours exposé à des récidives sous l'influence de causes nocives externes, par récidives qui se produisent par extension du processus de la prostate à l'urèthre : comme caractéristique de leur origine prostatique, ces récidives surviennent constamment sous forme d'urétrite postérieure.

La prostatite catarrhale peut occasionner aussi des épидидymites à récidives fréquentes, des pollutions sanguinolentes et de l'hémospémie. Le traitement de cette affection consiste dans l'emploi des sondes de gros calibre, mais surtout dans le massage de la prostate avec l'instrument de Feleki. L'auteur fait suivre chaque massage d'instillations dans l'urèthre postérieur d'une solution argentine ou cuprique.

A. DOYON.

Stérilité et blennorrhagie (Sterilität und Triper), par BENZLER. *Archiv f. Dermatologie u. Syphilis*, 1898, t. XLV, p. 33.

L'auteur traite, dans ce mémoire, de l'importance de la stérilité au point de vue de l'économie sociale, et ensuite des causes de la stérilité. Comme

causes générales, on a indiqué l'âge, surtout le jeune âge de la femme, l'hérédité, l'état général de la santé et de la constitution, le climat, l'influence de l'alcool, de la morphine, etc.

Mais ces causes générales sont secondaires en présence des nombreuses déviations locales de la sphère génitale de l'un ou de l'autre époux. Toutefois les opinions des auteurs sont très partagées. Autrefois on croyait que la femme était la seule coupable de la stérilité et que la guérison devait être uniquement cherchée dans l'intervention chirurgicale. Depuis on a reconnu que l'homme est pour beaucoup dans l'absence d'enfants.

Lier et Ascher ont démontré la fréquence des causes masculines de la stérilité.

L'auteur a fait des recherches dans l'armée. Sur les 3,000 malades atteints de blennorrhagie qui figurent dans les cahiers d'observation de l'hôpital militaire de Hanovre, il n'en est que 474 sur lesquels on a pu avoir des renseignements exacts au point de vue du mariage et des enfants, qui pendant leur service ont été traités à l'hôpital pour la blennorrhagie (il n'est question de stérilité que quand les individus sont restés au moins trois ans sans enfants). En tenant compte de tous les cas on trouve, en ce qui concerne les femmes, que 64, soit 13,5 p. 100, n'ont jamais été enceintes ; 78, soit 16,5 p. 100, n'ont eu qu'un enfant ; en somme 142, soit 30 p. 100.

Sur 363 femmes dont les maris ont eu des orchites, 38, soit 10,5 p. 100, n'ont jamais été enceintes ; 63, soit 17,3 p. 100, n'ont jamais eu qu'un enfant ; total : 101, soit 27,8 p. 100. Il n'y a donc de stérilité absolue que dans 10,5, c'est-à-dire 13,5 p. 100 des femmes. Ces chiffres démontrent que la blennorrhagie non compliquée ne joue pas un rôle aussi important qu'on l'admet. Cependant, comme on considère que sur 100 hommes il y en a 80 qui sont infectés, le genre humain devrait être près de s'éteindre ; la présence de l'ophtalmie blennorrhagique chez les nouveau-nés est une preuve que, malgré la blennorrhagie, il y a des grossesses et des naissances.

Un intérêt tout particulier s'attache aux cas dans lesquels les hommes ont prouvé leur aptitude à la fécondation avant comme après la blennorrhagie et ont rendu leurs femmes enceintes ; mais celles-ci sont devenues stériles après la seconde couche. Ces cas démontrent d'une manière éclatante que la blennorrhagie n'enlève pas la puissance de procréation de l'homme, mais que ce sont les modifications pathologiques qu'elle a provoquées dans les organes génitaux de la femme qui ont pour conséquence la stérilité.

L'auteur a ensuite étudié l'influence de l'inflammation testiculaire, la plus importante des complications de la blennorrhagie entraînant la stérilité de l'homme, sur l'infécondité dans le mariage. Il a constaté une stérilité absolue dans 10,5 p. 100 avec la blennorrhagie simple ; dans 23,4 p. 100 chez les malades atteints de blennorrhagie avec orchite d'un seul côté, et dans 41,7 p. 100 avec orchite double. La stérilité totale s'élève à 27,8 p. 100 pour le premier groupe, à 36,9 p. 100 pour le deuxième et à 62,5 p. 100 pour le troisième.

A. DOYON.

Argonine et protargol (Ueber neuere Antigonorrhoea (insbes. Argonine und Protargol), par BENDER. *Archiv für Dermatol. u. Syphilis*, 1898, t. XLIII, p. 31.

Dans ces derniers temps, on a préconisé contre la blennorrhagie de nombreux remèdes; ceux qui donneraient les meilleurs résultats seraient, d'après l'auteur, l'argonine et le protargol. A. D.

Protargol comme anti-blennorrhagique et antiseptique. (Ueber das Protargol als Antiblennorrhoeum und Antisepticum), par A. Strauss. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1898, t. XXVI, p. 129.

Selon l'auteur, le protargol mérite le nom de spécifique contre la blennorrhagie aiguë et constitue en outre un antiseptique dont l'action est des plus remarquables. Il l'a notamment employé en poudre avec succès dans l'ulcère de jambe. A. Doyon.

Traitement de la blennorrhagie. Zur Behandlung des blennorrhoeischen Harnrohrenentzündung, par J. Bloch. *Monatshefte f. prakt. Dermatologie*, 1898, t. XXVI, p. 124.

L'auteur n'a pas eu à se louer du protargol. Il a traité 7 cas avec des injections de protargol (1/4 à 1 p. 100). Chez tous il y eut aggravation des symptômes (écoulement purulent plus abondant, plus tenace, érections douloureuses, douleurs pendant la miction). Chez trois malades il survint une urétrite postérieure malgré les injections. Le septième cas concernait un étudiant en médecine; à la suite d'injections avec une solution de protargol à 1/4 p. 100 l'écoulement, jusqu'alors muco-purulent, augmenta beaucoup, devint purulent: augmentation considérable des gonocoques avec œdème intense du pénis. A. Doyon.

Traitement de la blennorrhagie aiguë (Some observations on the treatment of acute gonorrhea) par G.-K. SWINBURN. *Journal of cutaneous and genito-urin. diseases*, juillet 1898, p. 324.

S. a traité une première série de mille cas de blennorrhagie aiguë par des lavages au permanganate et n'a eu que quatre cas d'épididymite attribuables à des causes accidentelles diverses. Depuis cette époque (1896), le traitement étant appliqué par ses assistants il a observé plusieurs orchites qu'il attribue à ce que l'on n'avait pas employé assez de ménagements et qu'on avait trop brusquement forcé la résistance du sphincter urétral. Il fait les lavages lui-même, deux fois par jour, et commence par laver plusieurs fois l'urèthre antérieur pour accoutumer le malade. Il emploie des solutions de 1/4000 avec une pression de 2 pieds et demi (76 centim.), il fait en même temps des injections dans l'urèthre antérieur avec une solution d'argonine à 10 p. 100, deux fois par jour pendant les trois ou quatre premiers jours, puis une fois par jour seulement. Cette solution n'est nullement irritante et elle constitue un adjuvant utile du permanganate. W. D.

Acide picrique dans le traitement de la blennorrhagie aiguë (L'acido picrico nella cura della blenorragia acuta), par F. ANTONELLI. *Gazzetta degli ospedali e delle cliniche*, 1898, n° 100.

A. a expérimenté l'acide picrique dans le traitement de la blennorrhagie en raison de son innocuité, de son action antiseptique et analgésique et de son pouvoir de pénétration dans les tissus.

Il l'a employé en injections au nombre de 3 par jour, de 1/2 litre de solution à 2 ou à 5 p. 1000, sans faire usage d'aucun médicament interne. Ses essais ont porté sur 19 sujets jeunes, atteints de blennorrhagie datant de 2 à 20 jours. En 3 à 4 jours, l'écoulement était remplacé par une abondante desquamation épithéliale, dont les cellules renfermaient de très nombreux gonocoques; puis la sécrétion prenait le caractère muqueux, les gonocoques diminuaient d'abondance et bientôt disparaissaient complètement; dans tous les cas, la guérison s'est produite entre 4 et 18 à 20 jours, rarement 30.

G. T.

Le silbéról dans le traitement de la blennorrhagie (Di un nuovo sale d'argento nella cura della blenorragia, silberol), par G. PINI. *Bollettino di chimica e farmacia*, octobre 1898.

Le silbéról est la combinaison de l'acide paraphénolsulfonique et de l'argent; il forme des aiguilles prismatiques très fines, de couleur blanche, inodores, de saveur styptique, métallique; il s'altère un peu à la lumière et doit être conservé dans des récipients de verre coloré; il est soluble dans 3 parties d'eau et dans 80 parties d'alcool; il renferme 38,29 p. 100 d'argent métallique. Il possède un pouvoir antiseptique énergique.

P. l'a employé en injections à 0,25 et à 0,50 p. 1000 et en irrigations aux mêmes doses; sur 8 cas d'urétrite aiguë antérieure, 3 traités par les irrigations ont guéri en 11 jours en moyenne, 1 traité par les irrigations et les injections a guéri en 24 jours, 3 traités par les injections ont guéri en 12 jours. Un cas d'urétrite antérieure subaiguë a guéri en 12 jours. Sur 5 cas d'urétrite totale subaiguë ou chronique, 2 traités par les irrigations et les instillations ont guéri en moyenne en 9 jours, 3 traités par les instillations ont guéri en moyenne en 11 jours. La guérison est comptée au jour de la disparition du gonocoque.

P. conclut que le silbéról est un excellent antiblennorrhagique. G. T.

Traitement de l'urétrite blennorrhagique aiguë par le protargol (Il protargol nella cura della uretrite acuta blenorragica), par P. COLOMBINI. *Atti della R. Accademia dei Fisiocritici di Siena*, vol. X. 1898.

De l'essai fait dans 22 cas de blennorrhagie aiguë de la médication par le protargol, C. conclut que cette substance ne provoque aucune irritation sur la muqueuse uréthrale enflammée, de sorte qu'on peut l'employer à la période suraiguë de la blennorrhagie, alors que les gonocoques occupent les courbes superficielles de la muqueuse où ils peuvent mieux être influencés par le médicament. Le protargol a un pouvoir antiseptique très intense et détruit le gonocoque; il modifie notablement et rapidement la quantité et la qualité des sécrétions de façon à les faire rapidement et complètement disparaître, et en même temps il calme les douleurs qui accompagnent la période aiguë de la maladie. Il exerce une action profonde, grâce à ce qu'il n'altère pas les tissus avec lesquels il est en contact; il exerce une action prolongée, grâce à ce qu'il ne s'altère pas en présence des liquides de l'organisme. Par la rapidité de la guérison, il ne laisse pas se développer les complications habituelles de la blennorrhagie. En somme, le protargol est un des meilleurs médicaments anti-blennorrhagiques.

G. T.

Bartholinite.

Bactériologie et histologie de la bartholinite (Ricerche batteriologiche e istologiche sulla bartolinite. Contributo allo studio della sua patogenesi), par P. COLOMBINI. *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 265.

Sur 17 cas de bartholinite examinés par C., 11 s'accompagnaient de blennorrhagie d'un point quelconque des voies génitales avec présence du gonocoque dans les sécrétions; dans les six autres, des examens répétés et les données cliniques ont permis d'exclure la nature blennorrhagique de l'affection; sur les 11 cas d'origine blennorrhagique, le gonocoque ne fut rencontré que six fois dans le pus de la glande; sur les cinq cas où il fut rencontré, il était accompagné quatre fois du staphylococcus albus ou du staphylococcus aureus, ou de ces deux micro-organismes.

A l'examen microscopique, C. a trouvé une infiltration embryonnaire péricanaliculaire et une prolifération anormale de l'épithélium des canaux excréteurs, avec formation consécutive d'abcès à l'intérieur des canalicules glandulaires.

G. T.

Atrophie du prépuce.

Sclérose du prépuce par atrophie idiopathique avec phimosis et ulcérations consécutives. (Sulla sclerosi del prepuzio per atrofia idiopatica di esso, con fimosi ed ulcerazioni consecutive, par A. REALE, *Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle*, 1898, p. 257.

R..., rapporte 4 observations d'une forme de lésion préputiale se caractérisant uniquement à son début par une certaine difficulté à découvrir le gland, difficulté qui augmente toujours et qui ne s'accompagne que plus tard de lésions secondaires (épaississement, érosions, ulcérations, accompagnées de suppuration et de symptômes subjectifs de brûlure, de prurit, etc); il y a une remarquable atrophie des tissus en des points où les symptômes inflammatoires passés ou actuels font complètement défaut; l'inflammation est limitée à l'orifice préputial et laisse complètement indemnes les portions des feuillets interne et externe éloignées de cet orifice.

G. T.

Chancre simple.

Les rapports du chancre simple et de l'adénite avec les saisons (Intorno al rapporto dell' ulcera e dell' adenite venerea colle stagioni; considerazioni statistico-cliniche), par M. TAUFFI. *Bollettino della Poliambulanza di Milano*, 1898.

Les statistiques de T., portant sur 8 années et 604 cas de chancre simple et 233 cas d'adénite vénérienne, confirment les assertions de Tommasoli sur la fréquence plus considérable du chancre en automne qu'au printemps. Il pense cependant que ces variations ne doivent pas être attribuées uniquement aux variations de la température, mais à d'autres causes, les habitudes et les coutumes des collectivités et des individus, ce qui explique pourquoi la loi établie par Tommasoli est vraie dans son ensemble, mais présente des exceptions dans certaines années. Quant au

rapport entre la fréquence du chancre et celle de l'adénite, la statistique de T. ne la confirme pas absolument. G. T.

Essai de désinfection, au moyen du savon, des plaies infectées avec le pus de chancre simple commun. Tentativi di disinfezione d ferite infette con pus di ulceri veneree per mezzo del sapone comune). par S. GIOVANNINI. *Gazzetta medica di Torino*, 1898, nos 45 et 46.

G. H., se basant sur les propriétés antiseptiques du savon, a cherché à déterminer si les lavages avec du savon suffisaient à empêcher l'infection des plaies, contaminées par le pus du chancre simple.

Les expériences, au nombre de 21, ont consisté dans la production de plaies les unes à lambeau, les autres par abrasion, dans le dépôt à leur surface de quantités variables de pus chancrelleux et dans le lavage, au bout d'un temps variant de 10 minutes à une heure et pendant un temps variant de 5 à 15 minutes, au moyen de savon et d'eau à températures variées. Sur ces 21 expériences, 10 fois il s'est développé un chancre. De l'analyse des observations, il résulte que, pour que le lavage au savon empêche la transformation en chancre d'une plaie contaminée par le pus chancrelleux, il faut que ce lavage soit fait dans des conditions particulièrement favorables ; les conditions favorables à la réussite sont : que la plaie soit sous forme d'abrasion, qu'elle n'ait reçu qu'une petite quantité de pus, que l'intervalle entre l'infection et le savonnage soit peu considérable, que le savonnage soit prolongé.

L'utilité de l'usage du savon est prouvée par 5 expériences de contrôle dans lesquelles des plaies, de forme et d'étendue variables ont été contaminées par une petite quantité de pus, lavées au bout de peu de temps avec une grande quantité d'eau pure et ont toutes sans exception donné lieu à des chancres. G. T.

Traitement des maladies vénériennes

Emploi de l'itrol dans les affections vénériennes. (Esperimenti di medicazione all' itrol in affezioni veneree), par F. SPRECHER. *Gazzetta medica di Torino*, 1898, n° 18.

L'auteur a expérimenté l'itrol dans 156 cas de chancre simple, 9 adénites inguinales suppurées, 20 cas de blennorrhagie chez l'homme, 10 chancres infectants, 30 cas de plaques muqueuses ano-génitales, 6 syphilomes nodulaires ulcérés.

Dans le chancre simple, les résultats sont très peu satisfaisants lorsque le chancre n'a pas été cautérisé avant l'emploi de l'itrol ; au contraire, lorsqu'il a été préalablement cautérisé, l'itrol y détermine rapidement l'apparition de tissu de granulation non exubérant, et la cicatrisation se produit bientôt.

Dans les adénites suppurées, les effets de l'itrol sont très inférieurs à ceux de l'iodoforme, et même du pansement à la simple gaze bouillie.

Dans la blennorrhagie, les solutions d'itrol à des taux variant du 1000^e au 4000^e sont bien supportées, et produisent la guérison dans un certain nombre de cas des formes aiguës et subaiguës, mais dans la blennorrhagie chronique on n'obtient ni guérison ni amélioration persistante.

Les plaques muqueuses sont favorablement influencées par l'itrol. G. T.

NOUVELLES

IV^e CONGRÈS INTERNATIONAL DE DERMATOLOGIE ET DE SYPHILIGRAPHIE, PARIS 1900.

Règlement.

ART. 1^{er}. — Le 4^e Congrès international de dermatologie et de syphiligraphie se tiendra à Paris, du 2 au 9 août 1900.

ART. 2. — Les séances du Congrès auront lieu à l'hôpital St-Louis, de 8 heures du matin à 1 heure de l'après-midi.

ART. 3. — Seront membres du Congrès tous les docteurs en médecine français et étrangers agréés par le Comité d'organisation, qui auront fait parvenir leur adhésion avant le 1^{er} juin 1900 et auront acquitté les droits de cotisation.

Le montant de la cotisation est fixé à 25 francs (20 marks, 1 livre sterling) et donne droit à un exemplaire des comptes rendus du Congrès.

La carte de membre du Congrès sera remise, contre présentation du reçu de la cotisation, dans les bureaux du Congrès.

Les adhésions doivent être adressées au secrétaire général ou à l'un des secrétaires étrangers.

ART. 4. — Dans la séance d'ouverture du Congrès, le Comité d'organisation fera procéder à la nomination du bureau définitif, du président, des vice-présidents et des secrétaires.

Les membres du Comité d'organisation peuvent être nommés membres du bureau définitif du Congrès.

ART. 5. — Les séances du Congrès seront publiques.

ART. 6. — Les membres du Congrès pourront s'exprimer dans la langue qui leur est familière. Ils seront priés de s'exprimer de préférence en allemand, en anglais ou en français. Quand cela sera possible, dans les discussions, les argumentations seront résumées par un des secrétaires dans une ou deux de ces langues. Les communications du Comité d'organisation et du bureau du Congrès seront faites en français et, autant que possible, il en sera donné immédiatement une traduction en allemand et en anglais.

ART. 7. — L'ordre du jour des séances sera arrêté par le Comité d'organisation. Il sera imprimé avant l'ouverture du Congrès et distribué en même temps que les cartes de membres du Congrès.

ART. 8. — Il sera fait dans chaque séance une place importante aux présentations de malades.

ART. 9. — Les questions traitées seront de deux ordres : les unes, proposées à l'avance par le Comité d'organisation, les autres laissées au choix des membres.

Sur chacune des questions proposées par le Comité d'organisation, il sera fait des rapports par des membres du Congrès désignés par le Comité.

Les rapports seront imprimés à l'avance et distribués avant l'ouverture du Congrès.

Les communications sur des sujets autres que ceux qui auront été désignés par le Comité d'organisation devront être annoncées au secrétaire général avant le 1^{er} juin 1900, délai de rigueur.

Elles ne pourront avoir été publiées ou présentées à des Sociétés savantes avant l'ouverture du Congrès.

Les communications peuvent avoir une durée de 15 minutes. Dans les discussions, les orateurs ne pourront garder la parole plus de 10 minutes consécutives. Au bout de ce temps, le président ne pourra leur conserver la parole qu'après avoir consulté l'assemblée.

Il sera mis à la disposition des membres du Congrès qui en auraient besoin pour l'exposé de leurs communications, des microscopes et un appareil à projections.

ART. 10. — Les manuscrits des communications devront être déposés sur le bureau avant la fin de la séance.

Les orateurs qui auront pris la parole dans les discussions devront remettre au cours même de la séance le texte de leur argumentation.

ART. 11. — Le Comité d'organisation décidera de l'insertion totale ou partielle des communications dans le compte rendu officiel du Congrès.

Le compte rendu des séances sera publié en français. Les travaux dont les auteurs auront remis le texte en langue allemande ou anglaise seront publiés dans ces langues.

ART. 12. — Il sera annexé au Congrès une exposition scientifique comprenant des moulages et photographies et dessins d'affections cutanées, des préparations anatomiques, microscopiques et bactériologiques.

Par suite d'une entente avec le Comité du XIII^e Congrès international de médecine, qui doit se tenir à Paris, à la même époque, sous la présidence de M. le professeur Lannelongue, la section de dermatologie et de syphiligraphie du Congrès de médecine sera réunie au Congrès de dermatologie.

En conséquence, les membres du Congrès de dermatologie seront considérés comme faisant partie du Congrès de médecine sans avoir besoin de faire acte d'adhésion à ce dernier Congrès.

Les adhésions et toutes les communications relatives au Congrès peuvent être adressées dès maintenant au Secrétaire général, M. le D^r GEORGES THIBIERGE, 7, rue de Surène, Paris, ou à l'un des secrétaires étrangers.

SECRÉTAIRES ÉTRANGERS

Allemagne : G. RIEHL (Leipzig).

Angleterre : J.-J. PRINGLE (Londres).

Autriche : E. SPIEGLER (Vienne).

Belgique : DUBOIS-HAVENITH (Bruxelles).

Danemark : EULERS (Copenhague).

Grèce : ROSOLIMOS (Athènes).

Hollande : MENDÈS DA COSTA (Amsterdam).

Hongrie : L. TÖRÖK (Budapest).

Italie : A. BERTARELLI (Milan).

Norvège : C. BOECK (Christiania).

Portugal : Z. FALCAO (Lisbonne).

Roumanie : PETRINI GALATZ (Bucarest).

Russie : LANZ (Moscou).

Suède : M. MÖLLER (Stockholm).

Suisse : JADASSOHN (Berne).

Turquie : ZAMBACO-PACHA (Constantinople).

États-Unis : ELLIOTT (New-York).

Brésil : SILVA ARAUJO (Rio-de-Janeiro).

Chili : VALDÈS MOREL (Santiago).

Australie : FINCH NOYES (Melbourne).

Indes Occidentales : NUMA (St-Rat Kitts).

Questions mises à l'ordre du jour du Congrès.

A. — DERMATOLOGIE

1° L'origine parasitaire des eczémas.

Rapporteurs : MM. KAPOSI (Vienne), UNNA (Hambourg), JADASSOHN (Berne), GALLOWAY (Londres), BROCC (Paris), [assisté de MM. BODIN (Rennes) et VEILLON (Paris)].

2° Les tuberculides.

Rapporteurs : MM. BOECK (Christiania), COLCOTT FOX (Londres), CAMPANA (Rome), G. RIEHL (Leipzig), J. DARIER (Paris).

3° Les pelades.

Rapporteurs : MM. MALCOLM MORRIS (Londres), LASSAR (Berlin), MIBELLI (Parma), PAVLOFF (Saint-Petersbourg), SABOURAUD (Paris).

4° Les leucoplasies.

Rapporteurs : MM. PR. MORROW (New-York), BEHREND (Berlin), PRINGLE (Londres), PERRIN (Marseille).

B. — SYPHILIGRAPHIE ET VÉNÉRÉOLOGIE

1° Syphilis et infections associées.

Rapporteurs : MM. NEISSER (Breslau), D. BULKLEY (New-York), DUCREY (Pise), HALLOPEAU (Paris).

2° La descendance des hérédosyphilitiques.

Rapporteurs : MM. J. HUTCHINSON (Londres), TARNOWSKY (Saint-Petersbourg), FINGER (Vienne), L. JULLIEN (Paris).

3° Causes des infections généralisées dans la blennorrhagie.

Rapporteurs : MM. TAYLOR (New-York), LESSER (Berlin), TOMMASOLI (Palerme), LANE (Londres), BALZER (Paris).

Le Comité d'organisation.

ERNEST BESNIER, *président*, CH. AUDRY (Toulouse), BALZER, BARTHÉLEMY, L. BROCC, BROUSSE (Montpellier), CHARNEIL (Lille), DANLOS, J. DARIER, A. DOYON (Uriage), W. DUBREUILH (Bordeaux), DU CASTEL, ALF. FOURNIER, GAUCHER, GÉNY (Alger), H. HALLOPEAU, L. JULLIEN, LE PILEUR, CH. MAURIAC, AL. RENAULT, TENNESON, GEORGES THIBIERGE, *secrétaire général*.

Le Gérant: G. MASSON.

